

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

А. А. АЛЕКСАНДРОВ



А. А. Александров

ПСИХОТЕРАПИЯ

Учебное пособие

Серия «Национальная медицинская библиотека»

Главный редактор	*Е. В. Строганова*
Заведующий редакцией	*П. В. Алесов*
Редактор	*Т. П. Ульянова*
Художественный редактор	*К. Ф. Радзевич*
Корректор	*Т. В. Дубраво*
Дизайн и верстка	*И. Г. Комова*

Рецензенты:

Б. Д. Карвасарскмй, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, научный руководитель отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева, руководитель Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии МЗ РФ, главный психотерапевт МЗ РФ,

С. Л. Соловьева, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой психологии и педагогики Санкт-Петербургской государственной медицинской академии имени И. И. Мечникова.

ББК53.57я7 УДК 615.851(075)

Александров А. А.

А46 Психотерапия: Учебное пособие. — СПб: Питер, 2004. — 480 с. — (Серия «Национальная медицинская библиотека»).

ISBN 5-94723-879-9

В настоящем учебном пособии представлены основные направления отечественной и зарубежной психотерапии; изложены принципы и методики наиболее эффективных психотерапевтических подходов (когнитивная терапия, гештальт-терапия, психотерапия К. Роджерса и др.). Особое внимание уделено интеграции различных методов в рамках патогенетической психотерапии, а также описанию методов психической саморегуляции (аутогенная тренировка, мышечная релаксация, медитация) и групповой психотерапии.

Для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и врачей общей практики.

Автор:

Александров Артур Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Отзывы и предложения можно присылать в редакцию по электронной почте: medictna@piter.com.

ISBN S-94723-879-9

ООО «Питер Принт». 196105. Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 67в.

Лицензия ИД № 05784 от 07.09.01.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93.

том2;953005 — ли гература учебная.

Подписано в печать 25.02.04. Формат70Х1001/16.Усл.п. л. 38,7. Тираж 3000 экз. Заказ № 1924.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУП «Печатный двор» им. А. М. Горького

Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

197110, Санкт-Петербург, Чкаловскин пр., 15.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Выбор материала для настоящей книги продиктован идеей интеграции различных принципов и методов современной психотерапии на основе отечественного подхода — патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева и его школы. Патогенетическую психотерапию, как ни парадоксально, еще мало знают у нас. Для этого есть причины. В. Н. Мясищев разработал социально-психологическую концепцию невроза и психотерапии в 1935-1939 гг. Как раз в эти и последующие годы психология в нашей стране впала в немилость, предпринимались попытки замены ее физиологией высшей нервной деятельности. Основными методами психотерапии стали гипноз и аутогенная тренировка, применение которых научно легко обосновывалось с позиций физиологии высшей нервной деятельности. Патогенетическая психотерапия (как «психогенетическая») по существу была оставлена. В этих условиях происходило формирование менталитета новых поколений психиатров. Авторы учебников по психиатрии, как правило, определяют неврозы как «психогенно обусловленные функциональные расстройства нервной системы». При этом личность больного или игнорируется, или подменяется такими понятиями, как «темперамент», «конституция», «тип высшей нервной деятельности», в лучшем случае, «акцентуация характера». Хотя в конце 50-х — начале 60-х годов идеологическое давление на науку уменьшилось и как будто возникли условия для развития патогенетической психотерапии, в силу инертности во взглядах на неврозы оставалась доминирующей (и в среде психиатров остается до сих пор) нейродинамическая концепция И. П. Павлова. Интересно, что сам И. П. Павлов не отвергал психогенетического понимания невроза. У него есть высказывание, которое в своих статьях часто цитировали ученики В. Н. Мясищева для защиты от возможных обвинений их в симпатиях к фрейдизму: «может случиться, — говорил великий физиолог на одной из клинических сред, — что и сам больной генезиса своей навязчивости не знает, позабыл или не догадался об этой связи. Связь существует, а как взялась — неизвестно». Анализируя истории больных неврозами, И. П. Павлов выходил за пределы нейродинамики, придавал большое значение переживаниям человека, свойствам его характера и социальному окружению. Источники невроза он искал как в особенностях мышления больного, так и в его жизненных стремлениях, а также в условиях работы.

В. Н. Мясищев рассматривал невроз как болезнь личности, понимая под последней «совокупность общественных отношений» (тезис К. Маркса и Ф. Энгельса). Ядро личности составляет система отношений человека: отношение человека к другим людям, к миру явлений и предметов, к самому себе. Невроз рассматривается как психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека. Система отношений формируется на протяжении всей жизни человека, основы же ее закладываются в детстве в результате интериоризации

социальных, прежде всего, семейных, отношений. Главной целью патогенетической психотерапии является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской .семье.

В своей последней статье В. Н. Мясищев (1973) определил цели патогенетической терапии более масштабно, чем прежде: принцип лечения заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта.

Заслуга В. Н. Мясищева заключается в том, что он произвел коренную ревизию ортодоксального психоанализа, преодолев его биологическую направленность и создав социально-психологическую модель психотерапии. Среди тех, кто стремился придать психоанализу более «культурное лицо», В. Н. Мясищев был наиболее последовательным и радикальным преобразователем: сохранив понятие интрапсихического (психодинамического) конфликта, он отбросил вольные интерпретации психоанализа, основанные на *мифологии,* заменив их анализом *реальных* жизненных отношений. Интрапсихические конфликты описываются В. Н. Мясищевым не по содержанию, как у 3. Фрейда, а по структуре. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы наполнить интрапсихический конфликт содержанием, почерпнутым из конкретной жизненной ситуации пациента и анализа его системы отношений.

Огромный поток информации в области психотерапии и психологии, хлынувший в Россию в последнее десятилетие, широкое распространение новых для нас методов психотерапии, опять-таки оттеснили наш отечественный подход. Однако у патогенетической психотерапии есть будущее и оно связывается, по нашему мнению, с настоящей ситуацией в психотерапии, которая характеризуется стремлением к интеграции различных методов психотерапии. Многие психотерапевты, работая в рамках выбранного ими психотерапевтического подхода, заимствуют те или иные методы из других подходов, что продиктовано стремлением повышения эффективности психотерапии. Патогенетическая терапия обладает большим потенциалом дальнейшего развития в качестве научно-методологической основы для интеграции различных подходов психотерапии.

В развитии патогенетической психотерапии можно выделить три этапа. Первый этап связан с деятельностью самого В. Н. Мясищева, его учеников и последователей (Р. Я. Зачепицкий, Б. Д. Карвасарский, В. К. Мягер, А. Я. Страумит, Е. К. Яковлева и др.) и характеризуется разработкой модели индивидуальной патогенетической психотерапии. В ходе патогенетической психотерапии решалась в основном задача осознания интрапсихических конфликтов с анализом особенностей личности пациента, препятствующих конструктивному их решению. Возможности же коррекции нарушенных отношений в ситуации диадного взаимодействия «терапевт-пациент» были ограничены, в силу чего конечная цель патогенетической психотерапии — реконструкция личности — не могла быть реализована в полной мере и носила, скорее, декларативный характер. Второй этап (70-80-е годы) — развитие модели групповой патогенетической психотерапии — связан с деятельностью Б. Д. Карвасарского и руководимого им коллектива (Г. Л. Исурина, В. А. Мурзенко, В. А. Ташлыков и др.). Широкие возможности, которые предоставляла групповая динамика для реконструкции нарушенной системы отношений, вызвали необходимость в пе-

реименовании патогенетической психотерапии в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию. Модель начинает приобретать черты интегративной: интеграция групповой динамики в систему патогенетической (рациональной) психотерапии. Наконец, третий, современный, этап ознаменован целенаправленными попытками создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Б. Д. Карвасарский, В. А. Ташлыков, А. А. Александров и др.). Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия является системой, открытой для интегрирования с различными психотерапевтическими подходами. Будучи структурой, первично лишенной содержания, она представляет собой своеобразную методологическую основу интегративной психотерапии — структуру, которая, подобно периодической системе Менделеева, постепенно наполняется новыми элементами. Здесь уместно привести слова В. Лаутербаха, который писал, что на язык патогенетической психотерапии можно без труда перевести основное содержание высказываний других школ, в том числе психоанализа, поскольку ее подход лишь предлагает структуру, в которую могут быть включены конкретные содержания. Объектом психологического воздействия патогенетической психотерапии являются нарушенные отношения личности. Поскольку отношение, по В. Н. Мясищеву, характеризуется трехчленной структурой — наличием когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов — спектр психологического воздействия при интегративном подходе значительно расширяется: для решения задач коррекции отношений в каждом из трех аспектов могут привлекаться приемы психологического воздействия из различных психотерапевтических направлений и подходов. При этом различные психотехники выполняют тактические задачи, способствуя достижению основной стратегической цели — реконструкции нарушенной системы отношений человека.

Опыт автора показывает, что для решения задач личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут быть привлечены в первую очередь принципы и методы феноменологической психотерапии (клиент-центрированной психотерапии Роджерса, гештальт-терапии Перлза), когнитивно-поведенческой терапии (в частности, рационально-эмотивной терапии Эллиса, когнитивной терапии Бека), динамической психиатрии Понтера Аммона. В силу сказанного именно эти разделы психотерапии, включая поведенческие процедуры (в том числе методы аутогенной релаксации), а также вопросы групповой динамики являются предметом рассмотрения данной книги.

Отдельная глава посвящена психотерапии психически больных (главным образом страдающих шизофренией), в которой обобщен опыт реабилитации психически больных в Психоневрологическом Институте им. В. М. Бехтерева (М. М. Кабанов, В. М. Воловик и др.). Обычно в пособиях по психотерапии эти вопросы освещаются недостаточно. Автор надеется, что ликвидация этого пробела, изложение конкретных методов групповой психотерапии психически больных сделают эту книгу привлекательной и полезной не только для психотерапевтов, но и для психиатров, работающих в области большой психиатрии.

В рамках разработки проблемы реабилитации психически больных Институт им. В.М.Бехтерева установил еще в 80-е годы тесные связи с психиатрической клиникой Ментершвайге (Мюнхен), возглавляемой известным психи-

атром и психотерапевтом Гюнтером Аммоном. Динамическая психиатрия — новое для нас направление, с которым автор знаком не только по литературе, но и на личном опыте, проходя стажировки в психиатрической клинике Ментершвайге и принимая участие в семинарах Ассоциации Динамической Психиатрии. Систематическое изложение основ динамической психиатрии — первая попытка такого рода в отечественной литературе. Сама динамическая психиатрия представляет собой синтез психоанализа, психиатрии и групповой динамики. Социально-психологическую модель динамической психиатрии сближает с нашим подходом основной тезис Аммона: «Психика (читай — личность) есть совокупность групподинамических отношений». В динамической психиатрии основная роль в реконструкции отношений психически больных пациентов отводится воздействию на их личность психотерапевтического коллектива (психотерапевтического сообщества), прежде всего в процессе совместной социально полезной деятельности. Эти принципы и методы, созвучные психологии отношений В. Н. Мясищева и идеям и практики А. С. Макаренко, делают динамическую психиатрию привлекательной для нас.

Современная стадия развития психиатрии в России характеризуется ее последовательной гуманизацией на основе закона Российской Федерации «О психиатрическом лечении и гарантиях прав граждан». Идея использования динамической психиатрии в качестве научно-методологической и организационной основы гуманистической реформы психиатрической службы в России принадлежит Б. Д. Карвасарскому и Р. К. Назырову, которую они высказали в статье, написанной для журнала «Динамическая психиатрия» (1997). В поисках новых организационных форм для реализации адекватной концепции терапии психически больных, учитывающей одновременно и гуманистические и интегративные принципы, авторы обращаются к опыту психиатрической клиники Ментершвайге. Авторы статьи надеются, что теоретический, организационно-методический и терапевтический опыт Аммона и его последователей, воплощенный в деятельности клиники Ментершвайге, послужит одной из основ гуманистической реформы психиатрической помощи в России. Первые шаги в этом направлении уже сделаны: в психиатрических больницах нескольких русских городов открыты отделения, основанные на ряде психотерапевтических и организационно-методических принципах динамической психиатрии — Великом Новгороде, Воронеже, Челябинске и др.

Книга содержит глоссарий, в который вошли, прежде всего, новые для русского читателя основные понятия динамической психиатрии и тех разделов книги, которые в меньшей степени освещены в отечественной литературе последних лет. Обращение читателя к глоссарию поможет систематизировать и закрепить знания, почерпнутые в данной книге.

В заключение автор выражает благодарность своему учителю Борису Дмитриевичу Карвасарскому, а также сотруднику НИИ им. В. М. Бехтерева Станиславу Валерьевичу Полтораку за помощь и поддержку.

Глава 1

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ, ЕЕ ЦЕЛИ И МЕТОДЫ

Психотерапия еще не сложилась как единая наука с единым понятийным аппаратом, терминологией, теорией. Существует много психотерапевтических направлений, методов, поэтому некоторые определения основываются на теоретических концепциях, исключающих подходы иного рода. В солидных руководствах или справочниках по психотерапии приводятся развернутые определения, претендующие на научную точность, включающие возможно большее число переменных. Такие определения подчас похожи на головоломки, требующие много сил для их осмысления. В качестве иллюстрации приведу пример такого далеко не самого трудного определения, взятого из одного англоязычного источника: «Психотерапия является формальным процессом взаимодействия между двумя группами, каждая из которых обычно состоит из одного человека, но в которых может быть двое или больше участников, преследующим цель уменьшения дистресса у одной из двух групп в любой из следующих сфер ограничения или нарушения функционирования: когнитивной (нарушения мышления), аффективной (страдание или эмоциональный дискомфорт), поведенческой (неадекватность поведения), при участии терапевта, опирающегося на теорию происхождения, развития, сохранения и изменения личности и какой-либо метод лечения, логически связанный с теорией, и имеющего профессиональное и юридическое право выступать в качестве терапевта». Это и подобные ему определения, несмотря на свою многосторонность, не могут претендовать на исчерпывающую точность. Мы ограничимся менее точным, но достаточно широким определением, которое не исключает a priori ни одной из существующих концепций. Одним из таких общепринятых у нас определений является следующее: «Психотерапия — это лечение различных заболеваний с помощью психологических методов».

Если это определение покажется кому-то слишком «медицинским», ограничивающим широкий спектр областей применения психотерапии, то можно привести другую редакцию: «Психотерапия — это использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма». В этом определении два момента нуждаются в пояснении: что понимается под нарушениями деятельности организма и какие средства относятся к психологическим.

Нарушения деятельности могут касаться как психических процессов и личности, так и соматических функций. Иными словами, речь идет о состояниях, обусловленных психогенезом или соматогенезом. К психологическим средствам относится, прежде всего, речь, но, как ни странно, и молчание, затем эмоции и эмоциональные отношения, мимика, различные виды научения, манипуляции в окружающей среде. В зависимости от того, насколько широк объем понятия «психологические средства», различают психотерапию в широком и узком смысле. Психотерапия в широком смысле слова включает социотерапию, лечение средой, тру-

дотерапию; психотерапия в узком смысле ограничивается воздействием психотерапевта (или психотерапевтической группы) на пациента.

Общую для большинства психотерапевтических подходов цель психотерапии D. Bernstein, E. Roy формулируют как оказание помощи пациентам в изменении своего мышления и поведения таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач, а именно, терапевт:

1) помогает пациенту лучше понять свои проблемы;

2) устраняет эмоциональный дискомфорт;

3) поощряет свободное выражение чувств;

4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;

5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач терапевт прибегает к трем основным методам.

1. Во-первых, терапевт обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего, это значит сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в помощи пациенту осознать и использовать свои силы и умения.

2. Второй метод терапии состоит в устранении дезадаптивного поведения и формировании новых, адаптивных стереотипов.

3. И, наконец, терапевт содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациенты начинают лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой каждый участник является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы). Все методы лечения (не только психологического, а любого — терапевтического, хирургического и т. д.) имеют, согласно Дж. Франку, некоторые общие основные черты, или составляющие.

1. Человек, который страдает и ищет облегчения от своей проблемы. Это — *клиент,* или пациент.

2. Человек, который, благодаря обучению или опыту, воспринимается как способный оказывать помощь. Это — *терапевт,* или целитель.

3. *Теория,* которая используется для объяснения проблем пациента. В медицине теория включает, например, инфекционный фактор, другие биологические процессы. В некоторых культурах теория может включать фактор проклятия или одержимости злыми духами. В психологии теория включает психодинамику, принципы научения или другие психические факторы.

4. Набор *процедур* для решения проблем пациента. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией. Так, знахарь или экзорцист борется со сверхъестественными силами с помощью специальных церемоний или заклинаний, а врач лечит инфекцию антибиотиками.

5. Специальное социальное *отношение* между клиентом и терапевтом, которое помогает облегчить проблемы клиента. Терапевт стремится к со-

зданию такой атмосферы, которая позволяет пациенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем. Он верит, что методы, используемые терапевтом, помогут ему, вследствие чего у него возникает мотивация к работе над решением проблем. Отношение является фактором, характерным для всех форм лечения. В медицине улучшение физического или психического состояния пациента связывается обычно с действием лекарств или хирургическим вмешательством, но эффективность лечения частично зависит от ожиданий пациента и его веры в лечение. В магическом или религиозном лечении специфические процедуры значительно менее важны: более важным является позитивное отношение и ожидания, связанные с этими процедурами. Между этими крайними полюсами — медициной и магическим лечением — располагаются психологические методы лечения. Используя набор специфических процедур, большинство психотерапевтов пытается также создать позитивное отношение, потому что оно увеличивает шансы на успешное лечение. Некоторые терапевты подчеркивают фактор отношения в большей степени, чем другие факторы (мы увидим это на примере клиент-центрированной психотерапии Роджерса).

1.2. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Основными подходами в психотерапии являются три: психодинамический, феноменологический (экзистенциально-гуманистический), поведенческий (когнитивно-поведенческий).

1.2.1. Психодинамический подход

Для того чтобы понять сущность этого подхода, необходимо обратиться к основам теории личности его создателя Зигмунда Фрейда.

Психодинамический подход утверждает, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Фрейд сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и не видимую, — бессознательное.

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов. Первый компонент — «ид» (оно) — резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. «Ид» включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос — инстинкт удовольствия и секса и Танатос — инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. «Ид» ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства других. Другими словами, «ид» действует согласно *принципу удовольствия.*

Второй компонент личности — «эго» (я). Это — разум. «Эго» ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. «Эго» находит компромиссы между неразумными требованиями «ид» и требованиями реального мира — оно действует согласно *принципу реальности.* «Эго» пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании импульсов, исходящих из «ид». «Эго» — исполнительная власть личности.

Третий компонент личности — «суперэго». Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроекция». «Суперэго» включает интроецированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. «Суперэго» действует на основе *морального принципа,* нарушение его норм приводит к чувству вины.

Инстинкты (ид), разум (эго) и мораль (суперэго) часто не ладят между собой, приходят в столкновение — возникают *интрапсихические, или психодинамические, конфликты.* Фрейд считал, что число этих конфликтов, их при-

рода и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. Личность отражается в том, как человек решает задачу удовлетворения широкого спектра потребностей.

В норме, адаптивное поведение связывается с малым количеством конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжелые, или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

Наиболее важная функция Эго — образование защитных механизмов против тревоги и вины. Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, помогающая защитить человека от неприятных эмоций. Это — вытеснение, проекция, образование реакции, интеллектуализация, рационализация, отрицание, сублимация и др. Невротическая тревога, по Фрейду, это сигнал того, что бессознательные импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но Фрейд разработал для этого метод — *психоанализ.* Психоанализ включает толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и др.), анализ переноса.

Психоанализ (и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи:

1. Добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта.

2. Проработать конфликт, то есть проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытые, подавленные чувства гнева по отношению к родителю. Это осознание дальше дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает затем пациенту осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой «родительской фигуре» может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителем.

Теперь мы можем сформулировать сущность психодинамического подхода в психотерапии: это подход, который подчеркивает важность для понимания генеза эмоциональных расстройств и их лечения интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы внутри личности ее противоречивых мотивов.

Разновидностью психодинамической психотерапии является наша отечественная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, разрабатываемая в Психоневрологическом институте им. Бехтерева, теоретической основой которой служит *психология отношений* В. Н. Мясищева. Главной целью этой модели является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской семье. Нарушенная система отношений не позволяет человеку рационально решать возникающие в трудной жизненной ситуации интрапсихические конфликты, что

и приводит к возникновению невроза. Осознание конфликта является одной из важных задач в процессе психотерапии. Концепция личности В. Н. Мясищева и концепция личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии подробно излагаются в отдельных главах.

1.2.2. Феноменологический подход

Согласно феноменологическому подходу каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии, психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность, — феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек — не арена для решения интрапсихических конфликтов и не бихевиоральная глина, из которой, благодаря научению, лепится личность, а, как говорил Сартр: «Человек — это его выборы». Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью делать свой выбор — выбирать, как думать и как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием человеком мира. Например, если вы воспринимаете мир как дружелюбный и принимающий вас, то вы, скорее всего, будете чувствовать себя счастливым и в безопасности. Если же вы воспринимаете мир как враждебный и опасный, то вы, вероятно, будете тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям). Феноменологические психологи рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Вместо этого, феноменологический подход сосредоточивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них. По этой причине феноменологический подход называется также *гуманистическим.*

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала — в личностном росте, — хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что никто не может по-настоящему понять другого человека или его поведение, если он не попытается взглянуть на мир глазами этого человека. Феноменологи, таким образом, полагают, что любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смыслом для того, кто его обнаруживает.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте (в самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осоз-

нания чувств. D. Bernstein, E. Roy и соавт. указывают на следующие основные положения гуманистической психотерапии:

1. Лечение есть встреча равных людей («энкаунтер»), а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой естественный рост и чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть по мнению других.

2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанности, самопринятию и выражению пациентами своих чувств. Особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их рост.

Как и при психодинамическом подходе, терапия способствует инсайту, однако, в феноменологической терапии инсайт — это осознание текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов.

3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий — установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются «клиент-центрированная терапия» Карла Роджерса и «гештальт-терапия» Фредерика Перлза.

Карл Роджерс практиковал психодинамическую терапию в 30-х годах. Но скоро он начал сомневаться в ее ценности. Особенно не импонировало ему быть беспристрастным экспертом, который «понимает» пациента. Он убедился в том, что менее формальный подход более эффективен, и начал использовать так называемую «недирективную терапию», то есть он позволял своим пациентам решать, о чем говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Этот подход сейчас называется «клиент-центрированной терапией», чтобы подчеркнуть роль клиента. Фундаментом лечения Роджерса является создание отношения, характеризуемого тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность.

1. *«Безусловное позитивное отношение»*. Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это не только требует готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Терапевту не нужно одобрять все, что говорит клиент, но он должен принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, говорит Роджерс, несет скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или неадекватен, — это делает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

2. Эмпатия. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатия требует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что па-

циент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как посторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатии нельзя сообщить: «Я понимаю» или: «Я знаю, что Вы сейчас чувствуете». Терапевт передает эмпатию, показывая, что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрированные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, и оказывают другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая *отражением (рефлексией).* Отражение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическое отражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. Конгруэнтность — это согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатия являются настоящими, а не деланными. Переживание конгруэнтности терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

В качестве иллюстрации использования на практике принципов Роджерса ниже приводится выдержка из его беседы с пациенткой.

Клиент: Я не могу быть такой, какой я хочу быть. Пожалуй, у меня нет сил убить себя, но если бы кто-нибудь еще освободил меня от ответственности или если бы со мной произошел несчастный случай, я бы... я просто не хочу жить.

Терапевт: В настоящее время все выглядит таким мрачным, что Вы не видите смысла в жизни *{Заметьте использование эмпатической рефлексии и отсутствие какой-либо критики).*

Клиент: Да, я жалею, что согласилась на эту терапию. Я была счастлива, когда жила в мире моих грез. В нем я могла быть такой, какой хотела. Но теперь возникла такая широкая пропасть между моим идеалом и тем, что я есть... *(Заметьте, что в ответ на рефлексию клиентка дает больше информации).*

Терапевт: Да, я понимаю, как тяжело копаться в самой себе и что временами так заманчиво и удобно спрятаться в мире своих грез. *(Рефлексия.)*

Клиент: Мой мир грез или самоубийство... Одним словом, не стоит тратить Ваше время, приходить два раза в неделю... я не достойна... Что Вы думаете?

Терапевт: Это зависит от Вас... Я не теряю своего времени. Я был бы рад встретиться с Вами, когда бы Вы ни пришли, но решать Вам... *(Заметьте конгруэнтность в искреннем желании встречаться с пациенткой и безусловное позитивное отношение, выражающееся в доверии к ее способности делать выбор и принимать за него ответственность.)*

Клиентка: Вы не собираетесь предложить мне приходить чаще? Вы не боитесь за меня и не считаете, что мне надо приходить каждый день, пока я не выберусь из этого?

Терапевт: Я верю, что Вы сами можете принять решение. Я приму Вас как только Вы захотите прийти. *(Позитивное отношение.)*

Клиентка: *(говорит с благоговейным страхом):* Я верю, что Вам не страшно за меня... я понимаю... я могу бояться за себя, но Вы не боитесь за меня. *(Она переживает уверенность терапевта в ней).*

Терапевт: Вы говорите, что можете бояться за себя и удивлены тому, что я не боюсь за Вас? *(Рефлексия.)*

Клиент: Вы больше доверяете мне, чем я сама. Возможно, я навещу Вас на следующей неделе.

Клиентка была права. Терапевт действительно доверял ей больше, чем она сама себе (кстати, она не покончила с собой). Роджерс замечал, что в процессе клиент-центрированной терапии клиенты становятся не только более уверенными в себе, но они начинают лучше осознавать свои подлинные чувства, принимать себя, держаться более комфортно и естественно с другими людьми, в большей степени полагаться на собственную оценку, чем на мнения других, и становятся более продуктивными и спокойными.

1.2.3. Поведенческий подход

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла относительно недавно — в конце 50-х годов XX века. На ранних стадиях развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относились тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания.

Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Watson и его последователей, которые поняли огромное научное значение павловского учения об условных рефлексах, но истолковали и использовали их механистически. Согласно взглядам бихевиористов, психическая деятельность человека должна исследоваться, как и у животных, лишь путем регистрации внешнего поведения и исчерпываться установлением соотношения между стимулами и реакциями организма независимо от влияния личности. В попытках смягчить явно механистические положения своих учителей необихевиористы (Tolman, Hull и др.) позднее стали учитывать между стимулами и ответными реакциями так называемые «промежуточные переменные» — влияния среды, потребностей, навыков, наследственности, возраста, прошлого опыта и др., но по-прежнему оставляли без внимания личность. По сути, бихевиоризм следовал давнему учению Декарта о «животных машинах» и концепции французского материалиста XVIII века Ламетри о «человеке-машине».

Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Wolpe определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения». Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются». При этом выяснение сложных психических причин развития психогенных расстройств считалось излишним. Frank заявлял даже, что вскрытие таких причин мало помогает лечению. Сосредоточение внимания на их последствиях, то есть на симптомах болезни, по мнению автора, имеет то преимущество, что последние можно непос-

редственно наблюдать, в то время как их психогенное происхождение улавливается лишь сквозь избирательную и искажающую память больного и предвзятых представлений врача. Более того, Eysenck утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов, и тем самым будет устранен невроз.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать, даже в среде ее видных основоположников. Так, Lazarus — ученик и бывший ближайший сотрудник Wolpe — выступил с возражениями против утверждения своего учителя о том, что поведенческая терапия якобы с правом бросает вызов другим видам лечения как наиболее эффективная. На основании своих собственных катамнестических данных Lazarus показал «обескураживающе высокую» частоту рецидивов после проведенной им терапии поведения у 112 больных. Наступившее разочарование ярко выразил, например, Ramsay, написавший: «Первоначальные заявления поведенческих терапевтов относительно результатов лечения были изумляющими, но сейчас изменились... Диапазон расстройств с благоприятной реакцией на эту форму лечения в настоящее время невелик». Об его сокращении сообщили и другие авторы, признавшие успешность поведенческих методов преимущественно при простых фобиях или при недостаточном интеллекте, когда больной не способен формулировать свои проблемы в вербальной форме.

Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной ее дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Видный американский психиатр Wolberg указывал, например, что когда психопата или алкоголика постоянно наказывают или отвергают за антисоциальное поведение, они и сами каются в своих поступках. Тем не менее на рецидив их толкает интенсивная внутренняя потребность, гораздо более сильная, чем условнорефлекторное воздействие извне.

Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли.

В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения как по своей природе, так и по размаху. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования *когнитивных* концепций и процедур.

1.2.4. Когнитивная терапия

Начало когнитивной терапии связывается с деятельностью Джорджа Келли. В 20-х годах XX века он использовал в своей клинической работе психоаналитические интерпретации. Его изумляло то, с какой легкостью пациенты принимали фрейдовские концепции, которые сам Келли находил абсурдными. В качестве эксперимента Келли начал варьировать интерпретации, которые он давал пациентам, в рамках самых различных психодинамических школ.

Оказалось, что пациенты одинаково принимают предлагаемые им принципы и полны желания изменить свою жизнь в согласии с ними. Келли пришел к выводу, что ни фрейдовский анализ детских конфликтов, ни даже изучение прошлого как такового не имеют решающего значения. По мнению Келли, интерпретации Фрейда оказывались эффективными, поскольку они расшатывали привычный для пациентов способ мышления и предоставляли им возможность мыслить и понимать по-новому.

Успехи клинической практики при самых различных теоретических подходах, согласно Келли, объясняются тем, что в процессе терапии происходит изменение того, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят на будущее. Люди становятся депрессивными или тревожными, потому что попадают в западню ригидных, неадекватных категорий собственного мышления. Например, некоторые люди полагают, что авторитетные фигуры всегда правы, поэтому любая критика со стороны авторитетной фигуры действует на них удручающе. Любая техника, приводящая к изменению этого убеждения, будь она основана на теории, которая связывает такое убеждение с эдиповым комплексом, *со* страхом потери родительской любви или с потребностью в духовном руководителе, будет эффективна. Келли решил создать техники для *непосредственной* коррекции неадекватных способов мышления.

Он предлагал пациентам осознать свои убеждения и проверить их. Например, тревожная, депрессивная пациентка была убеждена, что расхождение с мнением ее мужа вызовет в нем сильный гнев и агрессию. Келли настоял на том, чтобы она, тем не менее, попробовала высказать мужу собственное мнение. Выполнив задание, пациентка убедилась в том, что это не опасно. Такие домашние задания стали обычными в практике Келли. Иногда Келли предлагал пациентам даже роль новой личности с новым взглядом на себя и на других — сначала на сеансах терапии, а затем в реальной жизни. Он использовал также ролевые игры. Келли пришел к выводу, что сердцевиной неврозов является *неадаптивное мышление.* Проблемы невротика лежат в *настоящих* способах мышления, а не в прошлом. В задачу терапевта входит выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменять мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединяются понятием *когнитивная терапия.*

На настоящем этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не практикуется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к «рационально-эмотивной терапии» А.Эллиса и к «когнитивной терапии» А. Бека.

1.2.5. Когнитивно-поведенческая терапия

В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности исследованиях Пиаже, были сформулированы ясные научные принци-

пы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности для понимания того, как у них происходит научение.

Кроме этого, возникло понимание того, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Тренинг социальных умений не является на самом деле обусловливанием: пациенты обучаются не специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладания с ситуациями страха. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт.

1. И те и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные — на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те и другие смотрят на терапию, как на процесс научения, а на терапевта — как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные — новым способам мышления.

3. И те и другие дают своим пациентам домашние задания, с тем чтобы те практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.

4. И те и другие оказывают предпочтение практическому, лишенному абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обремененному сложными теориями личности.

Клинической областью, сблизившей когнитивный и поведенческий подходы, явилась невротическая депрессия. Аарон Бек, наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадежности и неадекватности. Бек заключил, что депрессия развивается у людей, воспринимающих мир в трех негативных категориях: 1) негативный взгляд на настоящее: что бы ни происходило, депрессивный человек сосредоточивается на негативных сторонах, хотя жизнь и предоставляет некоторый опыт, который приносит удовольствие большинству людей; 2) безнадежность в отношении будущего: депрессивный пациент, рисуя будущее, видит в нем только мрачные события; 3) сниженное чувство собственного достоинства: депрессивный пациент видит себя несостоятельным, недостойным и беспомощным.

Под влиянием идей Пиаже Бек концептуализировал проблемы депрессивного пациента: события ассимилируются в негавистическую, абсолютистскую когнитивную структуру, результатом чего является уход от действительности и социальной жизни. Пиаже также учил, что деятельность и ее последствия имеют силу изменять когнитивную структуру. Это привело Бека к составлению терапевтической программы, которая использовала некоторые из инструментов, разработанных поведенческими терапевтами (самоконтроль, ролевая игра, моделирование, домашние задания и др.).

Другим примером является *рационально-эмотивная терапия* Альберта Эллиса. Эллис исходит скорее из феноменологической позиции, что тревога, чув-

ство вины, депрессия и другие психологические проблемы вызываются не психотравмирующими ситуациями как таковыми, а тем, как люди воспринимают эти события, что они думают о них. Эллис говорит, например, что вы расстраиваетесь не из-за того, что провалились на экзамене, а потому что считаете, что провал — это несчастье, которое указывает на вашу неспособность. Терапия Эллиса стремится в первую очередь идентифицировать подобные наносящие ущерб личности («самопоражающие») и вызывающие проблемы мысли, которые пациент приобрел в результате неправильного научения, а затем помочь пациенту заменить эти малоадаптивные стереотипы мышления на более реалистические, используя при этом моделирование, поощрение и логику. Как и в когнитивной терапии А. Бека, в рационально-эмотивнои терапии Эллиса много внимания уделяется поведенческим техникам, в том числе домашним заданиям.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишенью «чистого» поведенческого терапевта является изменение поведения; мишенью когнитивного терапевта — изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то, и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Когнитивно-поведенческие терапевты, как и их предшественники, не интересуются прошлым или причинами невротических расстройств. Они говорят, что никто не знает подлинных причин, а, кроме того, не доказано, что знание причин имеет отношение к исцелению. Если больной приходит к врачу с переломом кости, в задачу врача входит его исправление, а не изучение условий, которые привели к нему.

1.3. ФАКТОРЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Как помогает психотерапия, с помощью каких механизмов психотерапевт добивается желаемых изменений в мышлении и поведении пациента? В -литературе описывается несколько факторов лечебного действия, называемых по-разному разными авторами. Мы рассмотрим сборную классификацию, составленную на основе описанных R. Corsini и B. Rosenberg, I. Yalom, S. Kratochvil. Одни из рассматриваемых факторов характерны и для индивидуальной, и для групповой психотерапии, другие — только для групповой.

1. *Универсальность.* Другие обозначения этого механизма — «чувство общности» и «участие в группе» — говорят о том, что этот фактор наблюдается в групповой психотерапии и отсутствует в индивидуальной.

Универсальность означает, что проблемы пациента — универсальны, в той или иной степени они проявляются у всех людей, пациент не одинок в своих страданиях.

Уже само непосредственное участие в работе психотерапевтической группы воздействует эффективно и вызывает желаемые изменения. Пациенты в обычной жизни изолированы от разного рода социальных контактов и чувствуют себя отвергнутыми. Прием в группу, а затем активное взаимодействие с ее участниками в атмосфере принятия и взаимной поддержки производит на пациентов сильное впечатление. Приходя в группу, пациенты полагают, что у них особые, исключительные проблемы и что они не смогут поделиться своими мыслями и переживаниями. Когда же в группе они видят, что у других членов появляются те же самые опасения и что у других есть такие же проблемы, им становится значительно легче. Чувство единства и принадлежности к группе воздействует в психотерапии как наиболее благоприятный и эффективный фактор.

2. Акцептация (принятие). S. Kratochvil называет этот фактор «эмоциональной поддержкой». Этот последний термин закрепился в нашей психотерапии.

При эмоциональной поддержке большое значение имеет создание климата психологической безопасности. Безусловное принятие пациента наряду с эмпатией терапевта и его конгруэнтностью является одной из составляющих позитивного отношения, которое стремится построить терапевт. Эта «триада Роджерса», о которой уже говорилось, имеет огромное значение в индивидуальной терапии и не меньшее в групповой. В самой простой форме эмоциональная поддержка индивида проявляется в том, что терапевт (в индивидуальной терапии) или участники группы (при групповой психотерапии) слушают его и пытаются понять. Далее следуют принятие и сочувствие. Если пациент является членом группы, то его принимают без оглядки на его положение, его расстройства, особенности его поведения и его прошлое. Он принимается таким, как

есть, с собственными его мыслями и чувствами. Группа позволяет ему отличаться от других членов группы, от норм общества, никто его не осуждает.

В известной степени механизм «эмоциональной поддержки» соответствует фактору «сплоченности» по I. Yalom. «Сплоченность» можно рассматривать как механизм групповой психотерапии, тождественный «эмоциональной поддержке» как механизму индивидуальной психотерапии. Действительно, только сплоченная группа может предоставить члену группы эмоциональную поддержку, создать для него условия психологической безопасности.

Другим близким к эмоциональной поддержке механизмом является «внушение надежды» I.Yalom. Пациент слышит от других пациентов, что им стало лучше, он видит изменения, которые с ними происходят, это внушает ему надежду, что и он сможет измениться.

3. *Альтруизм.*

Положительный терапевтический эффект может оказывать не только то, что пациент получает поддержку и ему помогают другие, но также и то, что он сам помогает другим, сочувствует им, обсуждает вместе с ними их проблемы. Пациент, который приходит в группу деморализованным, неуверенным в себе, с чувством, что ничего сам не может предложить взамен, начинает вдруг в процессе групповой работы ощущать себя необходимым и полезным для остальных. Этот фактор — альтруизм — помогает преодолеть болезненную направленность на самого себя, повышает чувство принадлежности к остальным, чувство уверенности и адекватной самооценки.

Этот механизм специфичен для групповой психотерапии. Он отсутствует в индивидуальной психотерапии, ибо там пациент находится исключительно в позиции человека, которому помогают. В групповой терапии все пациенты играют психотерапевтические роли по отношению к другим членам группы.

4. *Отреагирование (катарсис).*

Сильное проявление аффектов является важной составной частью психотерапевтического процесса. Однако считается, что отреагирование само по себе не приводит к каким-либо изменениям, но создает определенную основу или предпосылки для изменений. Этот механизм является универсальным — он срабатывает и в индивидуальной, и в групповой психотерапии. Эмоциональное отреагирование приносит значительное облегчение пациентам и всячески поддерживается и психотерапевтом, и участниками психотерапевтической группы.

По мнению I.Yalom, отреагирование грусти, травматических переживаний и выражение сильных, важных для индивида, эмоций стимулирует развитие групповой сплоченности. Эмоциональное отреагирование подкрепляется специальными приемами в психодраме и в «группах встреч» («энкаунтер-группах»). В «группах встреч» часто стимулируют злость и ее отреагирование путем сильных ударов по подушке, символизирующей противника.

5. *Самораскрытие (самоэксплорация).*

Этот механизм в большей степени присутствует при групповой психотерапии. Групповая психотерапия стимулирует откровенность, проявление скрытых мыслей, желаний и переживаний. В процессе психотерапии пациент раскрывает самого себя.

Для того, чтобы лучше понять механизм самоэксплорации и описываемый ниже механизм конфронтации в групповой психотерапии, обратимся к схеме J. Luft и H. Ingham, известную в литературе под названием «окно Джогари» (от имен авторов — Джозефа и Гарри), которая наглядно передает отношения между сознательными и бессознательными областями психики в интерперсональных отношениях (схема 1).

При самоэксплорации участник группы принимает на себя ответственность, так как идет на риск реализации чувств, мотивов и поведения из своей скрытой, или тайной, области. Некоторые психотерапевты говорят о «самораздевании», которое они считают первичным механизмом роста в группе. Человек снимает маску, начинает откровенно говорить о скрытых мотивах, о которых группа едва ли могла бы догадаться. Речь идет о глубоко интимной информации, которую пациент не каждому бы доверил. Кроме различных переживаний и отношений, связанных с чувством вины, сюда относятся события и поступки, которых пациент просто стыдится. До «самораздевания» дело может дойти только в том случае, если все остальные члены группы реагируют взаимопониманием и поддержкой. Существует, однако, риск, что если пациент раскроется и не получит поддержки, то такое «самораздевание» окажется для него болезненным и нанесет психическую травму.

6. *Обратная связь, или конфронтация.*

R. Corsini этот механизм называет «интеракцией». Обратная связь означает, что пациенту становится известным от других членов группы, как они воспринимают его поведение и как оно на них воздействует. Этот механизм, понятно, имеет место и в индивидуальной психотерапии, но в групповой психотерапии его значение во много раз увеличивается. Это, пожалуй, главный лечебный фактор групповой психотерапии. Другие люди могут являться источником той информации о нас самих, которая нам не совсем доступна, находится в области слепого пятна нашего сознания.

		Я	
		Знаю о себе	Не знаю о себе
Другие	Знают обо мне	1. Открытая область	2. Слепое пятно
	Не знают обо мне	3. Скрытая область	4. Неизвестное (бессознательное)

Схема 1. Соотношение между сознательными и бессознательными областями психики в интерперсональных отношениях (до психотерапии).

1. Открытая область («арена») включает поведение, чувства и мотивы, которые известны как самому пациенту, так и всем остальным.

2. Область слепого пятна — то, что известно другим, но неизвестно пациенту.

3. Скрытая область — то, что известно только пациенту.

4. Неизвестное, или бессознательное — то, что не известно никому.

Для большей наглядности воспользуемся снова окном Джогари (схема 2). Если при самоэксплорации пациент раскрывает что-то о себе другим из своей тайной, скрытой области, то при обратной связи другие открывают ему что-то новое о нем самом из области его слепого пятна. Благодаря действию двух этих механизмов — самоэксплорации и конфронтации — уменьшаются скрытая область и область слепого пятна, за счет чего увеличивается открытая область («арена»).

В обыденной жизни мы часто сталкиваемся с людьми, проблемы которых прямо написаны у них на лице. И все, кто вступает с таким человеком в контакт, не хотят указать ему на его недостатки, так как боятся показаться бестактными, обидеть. А ведь именно эта неприятная для человека информация представляет для него материал, необходимый для изменения. В интерперсональных отношениях таких щекотливых ситуаций множество.

Например, человек, который имеет обыкновение много говорить и не понимает, почему люди избегают разговоров с ним, в терапевтической группе получает информацию о том, что его способ вербального общения очень нудный. Человек, который не понимает, почему многие относятся к нему недружелюбно, узнает, что его неосознаваемый иронический тон раздражает людей.

Однако не всякая информация о человеке, полученная от других, является обратной связью. Обратную связь надо отличать от интерпретации. Интерпретация — это толкование, объяснение, это наши мысли, рассуждения по поводу увиденного или услышанного. Для интерпретации характерно высказывание типа: «Я думаю, что ты делаешь то-то и то-то», а для обратной связи: «Когда ты делаешь то-то, я чувствую вот что...». Интерпретации могут быть ошибочными или могут представлять собственные проекции интерпретатора. Обратная же связь по сути своей не может быть неправильной: она есть выражение того, как один человек реагирует на другого. Обратная связь может быть невербальной, проявляться в жестах или в мимике.

Значительную ценность для пациентов представляет и наличие дифференцированной обратной связи. Не всякое поведение можно оценить однозначно — отрицательно или положительно, — оно воздействует по-разному на разных людей. На основе дифференцированной обратной связи пациент может научиться дифференцировать свое поведение.

		Я	
		Знаю о себе	Не знаю о себе
Другие	Знают обо мне	1	2
	Не знают обо мне	3	4

Схема 2. Соотношение между сознательными и бессознательными областями психики в интерперсональных отношениях (после психотерапии).

Термин *конфронтация* часто применяют для отрицательной обратной связи. Г. Л. Исурина и В. А. Мурзенко считают конфронтацию в форме конструктивной критики очень полезным психотерапевтическим фактором. Одновременно они указывают, что при преобладании одной только конфронтации критика перестает восприниматься как дружелюбная и конструктивная, что ведет к усилению психологической защиты. Конфронтацию необходимо сочетать с эмоциональной поддержкой, которая создает атмосферу взаимного интереса, понимания и доверия.

7. *Инсайт (осознание).*

Инсайт означает понимание, осознание пациентом неосознаваемых прежде связей между особенностями своей личности с неадаптивными способами поведения. Инсайт относится к когнитивному научению и вместе с эмоциональным корректным опытом (см. ниже) и опытом нового поведения объединяется I.Yalom в категорию интерперсонального научения.

S. Kratochvil различает три вида, или уровня, инсайта.

Инсайт № 1 — осознание связи между эмоциональными расстройствами и внутриличностными конфликтами и проблемами.

Инсайт № 2 — осознание собственного вклада в возникновение конфликтной ситуации. Это — «интерперсональное осознание».

Инсайт № 3 — осознание глубинных причин настоящих отношений, состояний, чувств и особенностей поведения, коренящихся в далеком прошлом. Это — «генетическое осознание».

С психотерапевтической точки зрения инсайт № 1 является элементарной формой осознания, которая сама по себе не имеет лечебного значения; его достижение является только предпосылкой эффективного сотрудничества пациента в психотерапии. Наиболее значительны в терапевтическом отношении инсайты № 2 и № 3.

Предметом неустанного спора различных психотерапевтических школ является вопрос, достаточно ли одного только генетического осознания или, наоборот, только интерперсонального. S.Kratochvil, например, придерживается мнения, что достаточно только интерперсонального осознания. От него можно прямо перейти к научению новым способам поведения. Генетическое осознание, с его точки зрения, может быть полезно в том, что подводит пациента к отказу от детских форм реагирования и замене их реакциями и отношениями взрослого человека.

Генетическое осознание — это исследование собственной истории жизни, которое приводит пациента к пониманию своих настоящих способов поведения. Другими словами, это попытка понять, почему человек стал таким, какой он есть. I. Yalom считает, что генетическое осознание имеет ограниченное психотерапевтическое значение, в чем сильно расходится с позицией психоаналитиков.

С определенной точки зрения инсайт можно рассматривать как следствие психотерапии, однако о нем можно говорить как о лечебном факторе, или механизме, так как он прежде всего является средством изменения малоадаптивных форм поведения и устранения невротических симптомов. При достижении этих целей он, как правило, всегда оказывается очень эффективным, но не обязательно необходимым фактором. В идеальном случае на основе глубоко-

го осознания могут исчезнуть симптомы и измениться поведение. Однако отношения между осознанием, симптомами и поведением в действительности намного сложнее и менее наглядны.

8. *Коррективный эмоциональный опыт.*

Коррективный эмоциональный опыт представляет собой интенсивное переживание актуальных отношений или ситуаций, благодаря которому происходит коррекция неправильного обобщения, сделанного на основе прошлых тяжелых переживаний.

Это понятие ввел психоаналитик Franz Alexander. Он считал, что так как многие пациенты перенесли в детстве психологическую травму в связи с плохим отношением к ним родителей, то терапевту необходимо создать «коррективный эмоциональный опыт» для нейтрализации эффектов первичной травмы. Терапевт реагирует на пациента иначе, чем реагировали на него родители в детстве. Пациент эмоционально переживает, сравнивает отношения, исправляет свои позиции. Психотерапия проходит как процесс эмоционального перевоспитания.

Наиболее яркие примеры можно взять их художественной литературы: история Жана Вальжана из «Отверженных» В. Гюго и ряд историй из сочинений А. С. Макаренко, например, эпизод, когда Макаренко доверяет все деньги колонии одному парню, бывшему вору. Неожиданное доверие, вступающее в контраст с более ранней обоснованной недоброжелательностью и недоверием, корректирует посредством сильного эмоционального переживания существующие отношения и меняет поведение парня.

При эмоциональном корректировании окружающие люди ведут себя иначе, чем может ожидать пациент с неадекватными формами поведения на основе своего ложного обобщения (генерализации). Эта новая реальность делает возможным повторную дифференциацию, то есть различение ситуаций, в которых данная реакция уместна или нет. Благодаря этому создаются предпосылки для разрыва порочного круга.

Итак, сущность этого механизма состоит в том, что пациент в условиях психотерапевтической ситуации (будь то индивидуальная или групповая психотерапия) повторно переживает эмоциональный конфликт, который он до сей поры был не в состоянии разрешить, но реакция на его поведение (психотерапевта или членов группы) отличается от той, которую он обычно провоцирует у окружающих.

Например, можно ожидать, что пациентка с сильным чувством недоверия и агрессивностью к мужчинам, возникшими в результате ее переживаний и разочарований в прошлом, привнесет это недоверие и агрессивность к пациентам мужского пола в психотерапевтической группе. Эффективное воздействие здесь могут оказать неожиданные проявления со стороны мужчин: они не отстраняются от пациентки, не выказывают раздражения и недовольства, а, напротив, терпеливы, обходительны, ласковы. Пациентка, которая ведет себя в соответствии со своим прежним опытом, постепенно начинает осознавать, что ее привычные генерализованные реакции не приемлемы в новой ситуации, и она попытается изменить их.

Разновидностью коррективного опыта в группе является предложенное I. Yalom так называемое «коррективное повторение первичной семьи» — повторение

семейных отношений пациента в группе. Группа напоминает семью: ее члены в значительной степени зависят от руководителя; участники группы могут соперничать между собой, чтобы снискать «родительское» расположение. Терапевтическая ситуация может вызвать ряд других аналогий с семьями пациентов, предоставить корректившый опыт и проработать не разрешенные в детстве отношения и конфликты. Иногда сознательно группой руководят мужчина и женщина, чтобы групповая ситуация как можно точнее имитировала семейную. Малоадаптивным отношениям в группе не дают «застыть» в жестких стереотипах, как это случается в семьях: они сравниваются, переоцениваются, пациента побуждают к проверке нового, более зрелого способа поведения.

9. *Проверка нового поведения («проверка реальности») и обучение новым способам поведения.*

В соответствии с осознанием старых неадаптивных стереотипов поведения постепенно осуществляется переход к приобретению новых. Психотерапевтическая группа предоставляет для этого целый ряд возможностей. Прогресс зависит от готовности пациента к изменениям, от степени его идентификации с группой, от стойкости его прежних принципов и позиций, от индивидуальных черт характера.

В закреплении новых реакций большую роль играет импульс со стороны группы. Социально неуверенный пациент, который пытается завоевать признание пассивным ожиданием, начинает проявлять активность и высказывать собственное мнение. Более того, он этим не только не теряет симпатии своих товарищей, но его начинают больше ценить и признавать. В результате этой положительной обратной связи новое поведение закрепляется, и пациент убеждается в его выгодах.

Если происходит изменение, то оно вызывает новый цикл интерперсонального обучения на основе продолжающейся обратной связи. I. Yalom говорит о первом витке «адаптационной спирали», которая зарождается внутри группы, а потом выходит за ее пределы. С изменением неадекватного поведения повышается способность пациента налаживать отношения. Благодаря этому уменьшается его грусть, подавленность, растут уверенность в себе и откровенность. Другим людям это поведение нравится значительно больше, чем прежнее, и они выражают больше положительных чувств, что, в свою очередь, подкрепляет и стимулирует дальнейшие положительные изменения. В конце этой адаптационной спирали пациент достигает независимости и больше не нуждается в лечении.

В групповой психотерапии может применяться и систематически планируемое обучение — тренинг, основанный на принципах научения. Например, неуверенному пациенту предлагается «тренинг утвердительного поведения», в процессе которого он должен научиться настаивать на своем, утверждать свое мнение, принимать самостоятельные решения. Остальные участники группы при этом оказывают ему сопротивление, он же должен убедить всех в правильности своего мнения и одержать победу. Успешное выполнение этого упражнения вызывает одобрение и похвалу со стороны группы. Испытав удовлетворение, пациент попробует перенести новый опыт поведения в реальную жизненную ситуацию.

Подобным же образом в группе можно научиться разрешать конфликтные ситуации в виде «конструктивного спора» (техника S. Kratochvil), несогласия с установленными правилами.

При обучении новым способам поведения большую роль играет моделирование, имитация поведения других членов группы и терапевта. Этот механизм лечебного действия I.Yalom называет «имитирующим поведением», а R.Corsini — «моделированием». Люди учатся вести себя, наблюдая поведение других. Пациенты подражают своим товарищам, наблюдая, какие формы их поведения группа одобряет, а какие отвергает. Если пациент замечает, что другие участники группы ведут себя откровенно, берут на себя определенный риск, связанный с самораскрытием, и группа одобряет такое поведение, то это помогает ему вести себя таким же образом.

10. *Предоставление информации (обучение наблюдением).*

В группе пациент получает новые знания о том, как люди ведут себя, информацию об интерперсональных отношениях, об адаптивных и неадаптивных интерперсональных стратегиях. Здесь имеется в виду не обратная связь и интерпретации, которые пациент получает в отношении своего собственного поведения, а сведения, которые он приобретает в результате своих наблюдений за поведением других.

Пациент проводит аналогии, обобщает, делает выводы. Он учится, наблюдая. Таким образом он познает некоторые закономерности человеческих отношений. Он может теперь взглянуть на одни и те же вещи с разных сторон, познакомиться с разными мнениями по одному и тому же вопросу. Он многому научится, даже если сам не будет принимать активного участия.

Многие исследователи особенно подчеркивают значение наблюдения для положительного изменения. Пациенты, которые просто наблюдали за поведением других членов группы, использовали свои наблюдения как источник осознания, понимания и разрешения собственных проблем.

R. Corsini при изучении факторов лечебного действия психотерапии разделяет их на три сферы — когнитивную, эмоциональную и поведенческую. К когнитивным факторам автор относит «универсальность», «осознание», «моделирование»; к эмоциональным факторам — «акцептацию», «альтруизм» и «перенос» (фактор, основанный на эмоциональных связях между терапевтом и пациентом или между пациентами психотерапевтической группы); к поведенческим — «проверку реальности», «эмоциональное отреагирование» и «интеракцию» (конфронтацию). R.Corsini считает, что эти девять факторов лежат в основе терапевтического изменения. Когнитивные факторы сводятся к заповеди «познай себя»; эмоциональные — к «люби ближнего своего» и поведенческие — к «делай добро». Нет ничего нового под солнцем: этим заповедям философы учили нас на протяжении тысячелетий.

1.4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ

В 1952 г. английский психолог Hans Aysenck сравнил эффективность традиционной психодинамической терапии с эффективностью обычных медицинских методов лечения неврозов или с отсутствием лечения у нескольких тысяч пациентов. Результаты, полученные Aysenck, удивили и испугали многих терапевтов: применение психодинамической терапии не повышает шансы пациентов на выздоровление; фактически поправилось большее число нелеченных больных, чем тех, кто принимал психотерапевтическое лечение (72% против примерно 66%). В последующие годы Aysenck подкрепил свои выводы дополнительными свидетельствами, поскольку критики продолжали уверять, что он ошибался. Они обвиняли его в том, что он исключил из своего анализа несколько исследований, которые подтверждали эффективность психотерапии. В качестве контраргументов они приводили следующие: возможно, пациенты, не получавшие терапии, страдали менее глубокими расстройствами, чем те, кто получал ее; нелеченные пациенты могли на самом деле получать терапию у частнопрактикующих психотерапевтов; врачи-терапевты, оценивающие состояние пациентов, не получивших лечения, могли использовать иные, или не столь строгие критерии, чем психотерапевты, которые оценивали своих собственных пациентов. Возникло очень много споров о том, как интерпретировать результаты Aysenck, и эти споры показали, что необходимо выработать более надежные методы оценки эффективности.

К сожалению, работы по оценке эффективности все еще сильно отличаются по своему качеству. Кроме того, трудно точно определить, что имеется в виду под успешной терапией. Поскольку одни терапевты стремятся к изменению в области бессознательных конфликтов или силы эго, а других интересуют изменения в открытом поведении, то различные исследователи эффективности имеют и различные суждения о том, была ли терапия эффективна у данного пациента. Эти моменты надо иметь в виду, рассматривая исследования по общей эффективности психотерапии.

Обзоры последнего времени более оптимистичны, чем исследования Aysenck. Рядом работ была опровергнута «нулевая гипотеза» Aysenck, и сейчас доля спонтанного выздоровления колеблется от 30 до 45%.

Используя специальную математическую процедуру, называемую мета-анализом («анализом анализов»), M. L. Smith, G. V. Glass, T. J. Miller сравнивали результаты 475 исследований, в которых сообщалось о состоянии больных, прошедших курс психотерапии, и не получивших лечения. Главным выводом был следующий: среднестатистический пациент, прошедший психотерапию, чувствовал себя лучше, чем 80% тех пациентов, которые не получали терапии. Другие мета-анализы подтвердили это заключение. Эти обзоры показали, что если результаты всех форм психологического лечения рассматриваются вместе, то подтверждается точка зрения об эффективности психотерапии.

Однако критики мета-анализа утверждают, что даже такая сложная комбинация результатов, представляющая собой «мешанину» хороших и посредственных исследований эффективности лечения различными методами, может вводить в заблуждение. По мнению критиков, эти исследования не отвечают на более важный вопрос: какие методы являются наиболее эффективными при лечении определенных больных.

Какой из основных психотерапевтических подходов является наиболее эффективным в целом, или какой из подходов предпочтителен при лечении конкретных проблем пациентов? Большинство обзоров не находит существенных различий в общей эффективности трех главных направлений психотерапии. Критики указывали, что эти обзоры и мета-анализ не достаточно чувствительны для определения различий между отдельными методами; даже исследования, которые тщательно сравнивали психодинамическое, феноменологическое и бихевиоральное лечение, не нашли значительных различий между этими подходами, хотя отметили их преимущество перед отсутствием лечения. Когда же различия между методами определяются, то обнаруживается тенденция к выявлению более высокой эффективности поведенческих методов, особенно при лечении тревоги. Благоприятные результаты поведенческой терапии и привлекательность для многих психотерапевтов феноменологической терапии привели к тому, что эти два подхода становятся все более популярными, в то время как использование психодинамической терапии как доминирующего метода лечения — все менее популярным.

К оценке исследований эффективности психотерапии можно подойти с совершенно иных позиций и сформулировать вопрос следующим образом: корректны ли попытки *измерения* эффективности психотерапии?

В вопросе об эффективности психотерапии многие разделяют мнение, высказанное еще в 1969 г. H. H. Strupp и A. E. Bergin. Проблема исследований в психотерапии должна быть сформулирована как стандартный научный вопрос: какие специфические терапевтические вмешательства вызывают специфические изменения у специфических пациентов в специфических условиях?

R. Corsini со свойственным ему юмором пишет, что «лучший и наиболее полный» ответ на этот вопрос он находит у C.Patterson. Прежде чем какая-либо модель, подвергаемая исследованию, может быть применена, нам необходимы: 1) таксономия проблем или психологических расстройств пациента; 2) таксономия личностей пациентов; 3) таксономия терапевтических техник; 4) таксономия терапевтов; 5) таксономия обстоятельств. Если бы мы создали такие системы классификации, то практические проблемы были бы непреодолимы. Допустим, что пять перечисленных классов переменных содержат по десять классификаций, тогда исследовательский проект потребует 10x10x10x10x10, или 100 000 элементов. Из этого C. Patterson делает вывод, что нам не нужны сложные анализы множества переменных и нам следует отказаться от попытки точного изучения психотерапии, ибо это просто невозможно.

Психотерапия является искусством, основанным на науке, и так же как в искусстве здесь не применимы простые измерения такой сложной деятельности.

1.5. ОБУЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

В последнее время все больше внимания обращают на необходимость использования таких форм подготовки и повышения квалификации психотерапевтов, в которых акцент был бы сделан на развитие чувствительности психотерапевта к явлениям и процессам, происходящим в его взаимоотношениях с пациентом, на развитие умения использовать обратную связь с пациентом, увеличение гибкости и эффективности общения, осознание влияния собственных установок на процесс взаимоотношений с пациентом в ходе лечения. В разной степени этим целям соответствуют формы обучения в *тренинговых психотерапевтических группах,* которые можно подразделять на следующие виды: методические тренинговые группы; тренинговые группы, ориентированные на групповую динамику; тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие.

Методические тренинговые группы имеют своей целью овладение отдельными методами и приемами психотерапии; кроме того, можно отметить развитие у психотерапевта психологических знаний, формирование представлений о психотерапевтическом и диагностическом потенциале отдельных методик и возможностях их использования при работе с различными контингентами больных.

Цели и задачи тренинговых групп, ориентированных на групповую динамику (динамические тренинговые группы), заключаются в ознакомлении участников с групповой динамикой на собственном опыте, повышении чувствительности к групповым процессам, развитии навыков распознавания и анализа групповых феноменов и использовании групповой динамики в психотерапевтических целях.

Тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие, имеют различные названия: *лабораторный тренинг, тренинг сенситивности, группы личностного роста* и др. Личностное развитие, личностный рост, основанный на самопознании, являются непременным условием профессионального совершенствования психотерапевта. Основной задачей групп личностного роста является развитие самопознания, становление адекватной самооценки, отношение к себе и развитие саморегуляции.

Как эффективная форма подготовки психотерапевтов получают значительное распространение *балинтовские группы.* Важнейшим элементом подготовки в области психотерапии является *супервизия* — надежный способ повышения компетенции в области психотерапии.

1.5.1. Супервизия

Супервизия — один из методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии; форма консультирования психотерапевта в ходе его

работы более опытным, специально подготовленным коллегой, позволяющая психотерапевту систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение.

Отличительными чертами этого метода подготовки, по мнению Г. Л. Исуриной, являются следующие. Супервизия не является учебным процессом в собственном смысле этого слова или формой организации обучения и тренинга, где опытный психотерапевт выступает в роли посредника при научении методам и приемам. Такая направленность супервизии не соответствует ее принципиальным целям. Супервизия не решает также задачи психотерапии самого обучающегося психотерапевта. Личностные проблемы супервизируемого, касающиеся его частной жизни, не являются сферой супервизии или являются только в той степени, в какой они влияют непосредственно на профессиональную деятельность. Переработка этих проблем в ходе супервизии допустима только в том случае, если они тесно переплетены с профессиональной деятельностью супервизируемого. Супервизия отличается по своим подходам от *балинтовских групп,* где основное внимание сосредоточено на взаимоотношениях «врач-пациент». Супервизия не является способом контроля за профессиональной деятельностью психотерапевта, а представляет собой обучение посредством консультирования. Материалом для консультирования в процессе супервизии являются: 1) проблемы самопонимания и самовосприятия (собственные личностные особенности и способы поведения и реагирования и их влияние на профессиональную деятельность, отношение к себе в профессиональной деятельности); 2) теоретические знания и профессиональные действия {*осознание* того, какие теоретические, практические и личностные установки и особенности определяют позицию психотерапевта в его профессиональной деятельности, почему используются или не используются те или иные теоретические и методические подходы); 3) взаимоотношения с другими людьми (прежде всего с участниками супервизии); 4)формальные и организационные вопросы психотерапевтической практики (место психотерапии в системе лечения, взаимоотношения с коллегами и вышестоящими лицами); 5) отношения с пациентом (проблемы обособления, изоляции, зависимости, переноса, ряд других характерных для супервизируемого аспектов его профессиональной деятельности).

Супервизия может осуществляться в индивидуальной и групповой формах. Индивидуальная супервизия предполагает работу с одним супервизируемым, групповая — работу одного супервизора одновременно с несколькими супервизируемыми. Групповая форма, по мнению Г. Л. Исуриной, имеет преимущество, которое состоит в том, что в группе представлен более широкий опыт психотерапевтической практики, имеется обратная связь, а это способствует развитию действенной профессиональной идентичности.

1.5.2. Балинтовские группы

Этот метод групповой тренинговой исследовательской работы получил название по имени своего создателя — Балинта (M. Balint), врача-психоанали-

тика венгерского происхождения. Вклад Балинта в психотерапию считается революционным шагом от психоанализа в общую медицину. Он сконцентрировал внимание на роли «Я» пациента в общей медицине. По существу, Балинт являлся представителем психосоматического направления, понимаемого не как раздел медицины, включающий определенный класс заболеваний, в происхождении которых психосоциальные факторы играют значительную роль, а как целостный подход, рассматривающий больного во всем многообразии его биопсихосоциальной сущности. Пациент приходит к врачу не только с болезненными симптомами, но и со страхом, с психологическими и социальными проблемами, часто связанными с его заболеванием. Для выявления психических компонентов болезни и ее психологических и социальных последствий необходимыми представляются специальная процедура, направленная на их описание, а также приобретение опыта в психологическом понимании больных, в психотерапевтическом подходе к ним. Важное значение в такой работе имеет первый контакт врача и пациента, во многом определяющий характер последующего взаимодействия. Отношения «врач-больной», являющиеся моделью отношений пациента с окружающим миром, в частности в семье, становятся фокусом исследовательской и практической деятельности Балинта. С 1949 г. он начал проводить в клинике Тависток в Лондоне постоянно действующие дискуссионные групповые семинары с врачами о проблемах общей медицинской практики, которые были одновременно и исследовательскими, и обучающими. Задачи этих семинаров Балинт видел в анализе отношений во врачебной профессиональной практике, разработке диагностики отношений, постижении истинных потребностей пациента, раскрытии мотивов выбора им своего врача, глубинном понимании болезни. В обучающие задачи семинарских занятий входило развитие чувствительности к тому, что осознанно или неосознанно происходит во время взаимодействия врача и пациента.

В результате этой работы, проводимой совместно с коллегами, Балинт в 1957 г. опубликовал книгу «Врач, его пациент и его болезнь» с подробными, обстоятельными описаниями случаев психотерапевтического опыта, с обучающими комментариями и катамнестическими сообщениями. Книга, переведенная на несколько языков, стала толчком для основания во многих странах сходных дискуссионных семинаров, названных балинтовскими группами».

Начиная свою групповую работу с врачами, Балинт считал, что «единственным методом подготовки к психотерапии является психоаналитическая система». С течением времени он убедился, что не всегда психоаналитические методы и критерии целесообразны в групповой работе с врачами. Оставаясь сторонниками психоанализа, Балинт и его единомышленники предпочитали не пользоваться его методами при разборе клинических случаев, представляемых врачами-интернистами, и при анализе их взаимоотношений с пациентами. В балинтовских группах, как правило, занимаются выявлением реальных жизненных трудностей и проблем пациентов, играющих роль в генезе и протекании болезненных расстройств, не оперируя при этом фрейдовским понятием бессознательного и его интерпретациями символов.

Итак, центральный объект исследования в классической балинтовской группе — отношения «врач — больной». Они являются объективными, поскольку

пациент переносит на врача определенные отношения, эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые сходны с его отношением к объектам своей реальной жизни (значимые лица ближайшего окружения). Анализ этих отношений дает возможность более полно понять пациента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, что способствует повышению эффективности терапии. В то же время врач в своей практике нередко сталкивается с ситуациями, являющимися для него фрустрирующими (например, если пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах врачу. Поэтому психотерапевту необходима проработка указанных феноменов в кругу коллег под руководством квалифицированного специалиста, что также дает возможность пройти обучение и приобрести новый опыт. В балинтовской группе врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

Обычно 8-12 участников встречаются с психоаналитиком — руководителем группы, один раз в неделю для полуторачасовых занятий на протяжении 2-3 лет. Дискуссия развивается из описания 1-2 случаев, которые свободно всплывают в памяти. Дополнительные сведения об уже известном группе по предшествующим занятиям пациенте, как правило, сообщаются вначале. Как случай может быть квалифицирована даже короткая встреча с больным, если она, по мнению врача, представляет интерес. Группа и докладчик пытаются определить суть отношений «врач —больной» посредством комментариев и *свободных ассоциаций* по поводу обсуждаемого случая. Психоаналитик как руководитель группы изучает этот процесс, направляет и стимулирует его, делает выводы и дает *интерпретации*. Неосознанные аспекты отношений, возникающих из «переноса», проявляются врачом как на уровне пациента, так и на уровне коллег. Этот актуальный феномен можно выявить в условиях долгосрочного группового процесса, являющегося одновременно и учебным процессом, и процессом отношений.

Наряду с классической балинтовской группой существуют ее варианты. Бельгийский автор А. Моро описывает экзистенциальную систему ведения балинтовской группы. Как руководитель, он отказывается от психоаналитической позиции нейтральности и предпочитает быть активным участником обсуждения. Он отвергает психоаналитический метод интерпретации материала, выявляемого в ходе обсуждения, и считает задачей участников группы лишь выражение своих переживаний, вчувствование в переживания других членов группы, рассчитывая, что в этом отразятся отношения «врач —больной», помогающие лучше понять последнего. Если, по Балинту, «больного следует осмыслить одновременно в интеллектуальном и эмоциональном плане», то Моро требует отказа от интеллектуальных объяснений, поскольку для него важен не диагноз, а субъективное бытие больного, постигаемое не рациональным путем, а чутьем. Для того, чтобы научить этому врачей, в дискуссии по поводу доклада об одном из случаев участникам группы следует говорить не о том, что они думают, а о том, что чувствуют во взаимоотношениях «врач —больной». Врачей учат быть с пациентами непринужденными, призывать последних говорить меньше о своей болезни, а главным образом — о своем эмоциональном отношении к ней. Созданию эмоционального настроя служат специальные приемы, например, метод «встречи» — проигрывание ролей попарно участниками группы, в которых один из

них представляет пациента. В отличие от классической балинтовской группы, экзистенциальный ее вариант, согласно Моро, не только способствует улучшению эмоционального контакта врача с пациентами, но и учит его отвечать на вопросы, от которых врачи в своей практике обычно уклоняются, например, на вопросы онкологического больного о неизбежной смерти.

Опыт балинтовской группы, первоначально ориентированный на врачей общесоматической практики, в дальнейшем распространился и на подготовку психотерапевтов. Работа в такой балинтовской группе, по мнению Б. А. Бараша, направлена на повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе, в противовес «апостольским» установкам врача; психопрофилактику участников группы, основанную на возможности проработки «неудачных» случаев в ситуации коллегиальной поддержки. В группу входят 6-15 человек (оптимально 8-10), работающих в одном или различных медицинских учреждениях, но желательно не связанных служебно-иерархическими отношениями. Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи. Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики ее членов. Это могут быть «трудные» или «неудачные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача, вызывающие у него дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятыми»; текущие случаи, вызывающие у врача тревогу. Каждое занятие посвящается конкретному случаю, о котором докладывает участник группы. Рассказ строится в абсолютно свободной форме, говорящего не ограничивают во времени и не перебивают. Для балинтовской группы нет необходимости в подготовке доклада, в восстановлении в памяти и документировании эпизода накануне. Более продуктивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто дает ценную информацию для выявления «слепых пятен». В заключение ведущий помогает сформулировать вопросы рассказчика по изложенному материалу таким образом, чтобы они были центрированы на взаимоотношениях врача и пациента, а не на технических деталях лечебного процесса. В задачи ведущего входит удержать группу от «сползания» к личностно-безопасному клиническому разбору с его центральным вопросом «Что надо делать с пациентом?», с одной стороны, и от смещения направленности работы группы в сторону личностной психотерапии, вызванного эмоциональной вовлеченностью участников группы и созданной атмосферой доверия и безопасности, с другой. По мнению ряда авторов, уклонение группы в ту или иную сторону может носить защитный характер и являться манифестацией избегания обсуждения собственного профессионального опыта, и ведущему приходится «возвращать» группу к обсуждению взаимоотношений «врач-больной».

Глава 2

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

2.1. ГРУППОВАЯ ДИНАМИКА

До недавнего времени термин «групповая психотерапия» нередко употреблялся в случае применения гипноза или аутогенной тренировки в группе больных. Однако в этих случаях ведущим групповым феноменом, используемым психотерапевтом, является групповая индукция. Специфика же групповой психотерапии как самостоятельного метода заключается в целенаправленном использовании в лечебных целях *групповой динамики,* то есть всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы. S. Kratochvil определяет групповую динамику как совокупность групповых действий и интеракций, характеризующих развитие, или движение, группы во времени. K. Hoeck рассматривает групповую динамику как процесс формирования, структурирования, развития и функционирования группы, который приобретает важное значение для психотерапии. К характеристикам групповой динамики относятся: цели и задачи группы; нормы группы; групповые роли; групповая сплоченность; напряжение в группе; актуализация прежнего опыта (проекция); формирование подгрупп; стадии развития психотерапевтической группы.

2.1.1. Цели психотерапевтической группы

Цели групповой психотерапии формулируются по-разному в рамках различных подходов, однако, несмотря на различия, можно указать на общие цели, обусловленные самой спецификой метода групповой психотерапии:

1) исследование психологической проблемы каждого члена группы и оказание ему помощи в ее решении;

2) изменение неадаптивных стереотипов поведения и достижение адекватной социальной адаптации;

3) приобретение знаний о закономерностях межличностных и групповых процессов для создания основы более эффективного и гармоничного общения с людьми (повышение социальной компетентности);

4) содействие процессу личностного роста, реализации человеческого потенциала, достижению оптимальной работоспособности и ощущения счастья;

5) устранение болезненных симптомов.

2.1.2. Нормы группы

В процессе работы группы в ней складываются определенные нормы. Нормы могут быть психотерапевтическими и непсихотерапевтическими. Ведущий

группы с самого начала знакомит участников с некоторыми принципами работы, следование которым отвечает психотерапевтическим задачам. Психотерапевт стремится к тому, чтобы эти принципы последовательно осуществлялись пациентами, превращаясь в нормы группы (психотерапевтические нормы). Реализация этих принципов-норм необходима для защиты участников от негативного группового опыта, возможных травматических переживаний. К этим принципам относятся следующие:

1. *Откровенность и искренность.* В группе надо быть искренним и не скрывать своих чувств, даже если они кажутся «неприличными». Если Вы испытываете симпатию или, напротив, неприязненные чувства к какому-нибудь участнику группы, надо говорить об этом. Нельзя говорить неправду. Если Вы не хотите о чем-то говорить, то следует просто отказаться.

2. *Отказ от использования «ярлыков».* Участники группы должны стремиться к пониманию, а не к оценке. Оценки — это «ярлыки», которыми мы обозначаем человека в целом. Вместо того, чтобы глобально оценивать личность человека, лучше говорить об отдельных ее аспектах, о поведении. Тогда мы избежим оскорблений и унижений достоинства другого человека. Согласитесь, что не одно и то же назвать человека «дураком», или сказать, что он поступил неразумно. «Эгоист», «маменькин сынок», «деспот», «подкаблучник», «размазня», «истеричка», «кисейная барышня» — все эти ярлыки не способствуют лучшему самопониманию, но вызывают у члена группы чувства обиды, оскорбленного самолюбия и желание дистанцироваться от группы. Конструктивная обратная связь выражается в передаче своих чувств, пусть даже негативных. Например: «Я увидел тебя в новом свете, мне это было очень неприятно», «Я испытываю сильное раздражение, когда ты с таким пренебрежением говоришь о своем отце».

3. *Контроль поведения.* Этот принцип выражается формулой: «Обо всем можно говорить, но не все можно делать». Нельзя бесконтрольно проявлять свои эмоции, прежде всего агрессивные и сексуальные. Во время специальных групповых занятий иногда позволяется или поощряется реализация своих чувств, но только при условии контроля. Например, отреагирование аффекта в психодраматической сцене, пантомимическое выражение желаний и чувств в психогимнастике, выражение подавляемых чувств при помощи приемов, практикуемых в «энкаунтер-группах»: нанесение ударов кулаками по подушке, заменяющей человека, спровоцировавшего агрессию; поглаживание и укачивание члена группы, который нуждается в жалости и утешении и т. п.

4. *Ответственность.* Каждый участник группы берет на себя ответственность за других членов группы. Он принимает обязательство не пропускать занятия и не бросать группу. Но если напряжение станет невыносимым и желание покинуть группу перевесит желание освободиться от своих проблем, то участник группы должен сообщить о своем решении, а не исчезать без предупреждения.

5. *Правило «стоп».* Каждый участник имеет право без каких-либо объяснений остановить любой разговор, касающийся его личности. Остальные члены группы обязаны уважительно отнестись к его просьбе. Это право дает участникам уверенность и чувство самозащиты против давления группы. Обладание этим правом приводит к тому, что к нему прибегают очень редко.

6. *Соблюдение конфиденциальности.* Это — требование невыиесения за пределы группы информации интимного характера. В аналитически-ориентированных группах это правило формулируется еще более определенно: во-первых, члены группы обязаны молчать обо всем, что происходит в группе, во-вторых, не должны обсуждать за пределами группы то, что происходит внутри.

7. *«Толерантность».* Пациенты должны с терпимостью относиться ко всем откровенным суждениям других участников группы, хотя содержание этих суждений может не соответствовать их собственным убеждениям и морали.

Каждая группа может вырабатывать и другие нормы, специфичные для нее. Здесь могут возникать и непсихотерапевтические нормы: утаивание негативных чувств, реакций, избегание конфликтов, конфронтации, острых ситуаций («вежливость») или наигранное преувеличение позитивных чувств; табу на некоторые темы, например, сексуальные, или, напротив, стремление усматривать сексуальные мотивы в любой обсуждаемой проблеме; «сокрытие» подгрупп (сексуальных, родственных, профессиональных связей), что формирует фальшивую атмосферу в группе. В группе вся известная участникам информация должна быть обсуждена.

2.1.3. Роли в группе

Создатель социометрии Морено различал в группе две роли лидера — по способности к руководству и *по* популярности (называемого также «звездой») — и роль «козла отпущения». Получила известность классификация ролей R. Schindler, которые он обозначил буквами греческого алфавита: «альфа» — лидер, «бета» — эксперт (человек, обладающий знаниями, навыками или способностями, необходимыми группе), «гамма» — конформистское большинство группы, «омега» — отстающий член группы, аутсайдер.

Для описания межличностного поведения в группе в литературе используется большой перечень стереотипных ролей. Многие носят яркие названия: добродетельный моралист, жалобщик, страж демократии, тиран, провокатор, мятежный лидер, соблазнитель, эксгибиционист, истерик, сексуальный тип, фаворит, примерный тип и др.

В психотерапевтических группах стремятся распознать роли каждого участника, поскольку невротики в естественных группах часто неосознанно повторяют свои роли — их роли являются стереотипными, стойкими и малоадаптивными. Распознавание ролей в группе достигается посредством обсуждения, предоставлением обратной связи и принятием противоположных ролей. С этой точки зрения задачу групповой психотерапии S. Kratochvi] формулирует как «расширение репертуара ролей»: необходимо научить индивида различным способам поведения, новым ролям, отличным от тех, к которым он привык. Однако саму возможность нового поведения в жизни, за пределами психотерапевтической среды, нужно оставить на собственное усмотрение пациента. Свобода выбора, следовательно, возникает у него тогда, когда он уже овладел новой ролью, когда она у него «в репертуаре».

2.1.4. Групповая сплоченность

Групповая сплоченность является необходимым условием эффективности групповой терапии. Она является аналогом психотерапевтического отношения терапевт — пациент в индивидуальной терапии.

Среди факторов, содействующих сплоченности, наиболее часто отмечаются следующие:

1) совпадение интересов участников группы (ожидание пользы от лечения);

2) симпатии между участниками группы;

3) дружеская атмосфера;

4) влияние групповой деятельности. С одной стороны — интересные, увлекательные действия, а также совместно переживаемые позитивные эмоции, с другой стороны — использование терапевтом технических приемов, направленных на усиление сплоченности, например образование тесного круга, в котором все участники держатся за плечи и сосредоточиваются на чувстве близости, песни и танцы в этом круге и т. п.;

5) соперничество с другой группой. Сплоченность повышается самим фактом существования других групп, отличающихся и стилем поведения терапевта, и групповой деятельностью, что сравнивается и обсуждается участниками разных групп;

6) присутствие в группе девианта.

Возникновение сплоченности имеет большое значение для психотерапевтического процесса. Между членами группы возникают искренние, доверительные отношения. Очень важным следствием групповой сплоченности является возможность конструктивного проявления негативных чувств. Члены сплоченной группы готовы поддерживать отношения и продолжать общение, даже когда налицо конфликтная ситуация. Если агрессивность не проявляется открыто, то это мешает интерперсональному обучению. Пациент избегает общения с другим человеком, и поэтому нельзя устранить возникающие враждебные чувства. Если же в группе существуют условия, которые позволяют открыто разобрать конфликт, то эффективность психотерапии повышается. Сплоченная группа легко выражает негативные чувства по отношению к руководителю. Эти чувства закономерно возникают на первых порах лечения. Если группа не высказывает свои чувства открыто, то не складываются нормы, обеспечивающие открытость и искренность.

2.1.5. Групповое напряжение

Во время совместной деятельности члены группы могут противостоять друг другу по различным взглядам, отношениям, потребностям. Необходимость приспособления к группе ограничивает потребности отдельных членов группы, расстраивает их планы. В результате появляются антипатия, неприязнь, агрессивность, конфликты между участниками группы, между группой и руководи-

телем. Возникающее напряжение может быть и проявлением протеста против авторитетов, если руководитель действует директивно, и проявлением беспомощности и неуверенности, если руководитель уклоняется от роли лидера. Групповое напряжение связано с внутренним напряжением каждого индивида в группе.

В групповой психотерапии агрессию не подавляют, напротив, ее стремятся выявлять — или вербально, в форме рассказа об агрессивных чувствах, или в символической форме, используя при этом дополнительные объекты: например, пациент с силой бьет кулаками по подушке, символизирующей человека, к которому он чувствует агрессию.

Если напряжение в группе велико и длительно и если оно не компенсируется сплоченностью, то это приводит к негативным явлениям: может возникнуть угроза распада группы. Отрицательные последствия имеет, однако, и слишком слабое напряжение. Если группа достаточно сплочена, ее члены довольны и удовлетворены, то они не стремятся к работе над избавлением от своих невротических комплексов, они стараются их не замечать. Группа тогда не выполняет свою основную лечебную функцию и представляет собой лишь некую социальную организацию. Психотерапевтическая группа нуждается в постоянных конфликтах, взаимной критике и конфронтации своих членов.

В психотерапевтической группе большое значение имеет баланс между сплоченностью и напряжением. Сплоченность является стабилизирующим фактором: под ее влиянием члены группы чувствуют поддержку и относительную безопасность. Напряжение, наоборот, является фактором побуждающим: оно ведет к неудовлетворенности и стремлению что-то в себе изменить. Важно, чтобы эти силы находились в динамическом равновесии. Этот баланс находится под контролем терапевта. Он повышает или снижает напряжение.

Напряжение повышается молчанием терапевта, его холодностью или индифферентностью, провоцированием дискуссий с конфликтной тематикой, критическими замечаниями в адрес отдельных членов группы, отказом от ответа на вопрос, неясными двусмысленными фразами и намеками.

Сплоченности же способствуют сердечность, сочувствие, искренность терапевта, юмор и смех.

Некоторые психотерапевты работают со сплоченностью и напряжением в нескольких фазах. Например, в начальных фазах специально фрустрируют группу, расстраивают ее планы, намеренно поддерживают нарастание напряжения в расчете на то, что это напряжение и разочарование участников группы приведут к нужному конструктивному и самостоятельному функционированию группы.

Другие психотерапевты работают с напряжением только после создания в группе достаточно сплоченных отношений.

Наконец, многие терапевты отдают предпочтение динамическому равновесию между сплоченностью и напряжением: неприятные чувства, вызванные напряжением, компенсируются удовлетворением, получаемым в результате сплоченности. Это делает напряжение приемлемым и сносным.

2.1.6. Актуализация прежнего опыта (проекция)

Каждый участник приходит в группу со своим определенным прошлым опытом, который воздействует на его эмоциональные и поведенческие реакции в отношении товарищей по группе. Он воспринимает других членов группы и реагирует на них не только на основании их собственного по отношению к нему поведения, но и учитывая подобные поступки и ситуации из его прежней жизни, он реагирует так, как реагировал ранее. Этот прошлый его опыт заново отображается в новой ситуации. Например, молодому человеку более старший по возрасту участник группы напоминает отца, он переносит на него отцовскую строгость и авторитет, которыми тот не обладает, и реагирует на него, как на своего отца. Интерперсональная реакция осуществляется, значит, не только под влиянием реального человека, но и под воздействием воображаемого образа, возникающего в результате переноса собственного отношения к какому-либо человеку из прошлого.

Член группы, кроме особенностей отдельных людей из своего прошлого, переносит на членов группы и свои собственные явные или скрытые мотивы. В психоанализе понятие «проекция» ограничено только этим частным явлением. Проекция определяется как защитный механизм, посредством которого человек приписывает другим людям свои мысли, чувства и поступки, заведомо им неприятные и для них не характерные. Проекция предохраняет человека от чувства подавленности и тоски, которые могут возникнуть вследствие внутреннего конфликта.

В контексте групповой динамики С.Кратохвил применяет понятие проекции не в узком, психоаналитическом смысле, а в значении, известном в психологии под названием «проективные методы», «проективный тест». В проективных методах испытуемому предлагается так называемый «неопределенно стимульный материал», в котором хотя бы частично отражаются различные прежние переживания пациента, он реагирует на действительный, незнакомый ему стимул и вместе с тем придает ему нечто от самого себя, из своего прошлого опыта. Таким неопределенным стимулом для пациента становится и психотерапевтическая группа, в которой еще не совсем определились роли и много неясных и неоднозначных ситуаций.

Понимаемое таким образом понятие проекции частично перекрещивается с такими понятиями, как «паратактическое искажение», «неправильное обобщение» («генерализация»), «перенос» и «повторение». Паратактическое искажение подразумевает изменение, переосмысление образа современной действительности на основе аналогии с прошлым. Подобную связь по внешнему сходству принято считать каузальной. Часто встречается и неправильное социальное обобщение. Типичным примером является на первый взгляд непонятное, враждебное отношение молодой пациентки к более пожилой, которая, напротив, питает к ней дружеские чувства, держится сердечно и покровительственно, но чем-то напоминает девушке свекровь, с которой у нее конфликтные отношения. Здесь имеется в виду и неправильное обобщение травматического опыта и порочный круг невротической интеракции: индивидуум предполагает и ожидает определенное поведение и поступки окружающих, он сам ведет себя в соответствии со

своими ожиданиями, и тем самым вызывает у людей ответные реакции, подтверждающие его ожидания. Например, недоверчивость пациента участники группы воспринимают недружелюбно, что только утверждает его в неправильно обобщенном мнении, будто все люди злые, им нельзя верить и т. п. Уровень обобщений при этом может быть различный. Обобщение распространяется только на определенных людей, которые осознанно или неосознанно напоминают пациенту какое-то травмировавшее его переживание (например, на женщин определенного возраста, внешности, особенностей характера, поведения, или вообще на всех женщин), или на всех людей («никому нельзя верить»).

Если речь идет о перенесении эмоциональных переживаний из одной ситуации в другую, используется термин «перенос». В психоанализе понятие «перенос» выражает повторение инфантильных чувств к отцу и матери в отношении пациентов к своему терапевту, а также чувств, имеющих инстинктивную, сексуальную направленность. Более часто этим термином пользуются в широком смысле для объяснения переноса эмоционального опыта одной интерперсональной ситуации в другую. Для межличностных отношений характерно повторение старого, прошлого опыта. Это может быть повторение недавних переживаний или воспоминаний давно минувших дней, хотя бы раннего детства. Повторение не считается с реальностью, реакция на нее не соответствует настоящей ситуации и не дифференцирована. В этом смысле С. Кратохвил понимает перенос как особый случай межличностного общения, во время которого наблюдается неправильное обобщение и повторение пережитых когда-то прошлых впечатлений, не адекватных новой ситуации.

Психотерапевтическая или учебная группа служит своеобразной маленькой моделью общества, моделью первичных человеческих групп, в которых пациенты живут в реальной жизни. Каждый из них переносит в нее свои чувства и переживания, свойственные им в их естественных группах, может повторять свои способы поведения. Этот процесс протекает автоматически у большинства невротиков, чье поведение приобрело стереотипный характер, и которые бессознательно «перебирают» свои привычные роли и постоянно повторяют свои старые «нереальные» отношения. Модельная группа может сделать такое поведение для всех ясным и зримым, особенно, если она составлена таким образом, чтобы предоставить возможность для разнообразного проецирования благодаря разному возрасту, полу, общественному положению членов группы. Проекция, которая наглядно воспроизводит интерперсональные проблемы пациентов, предоставляет обширный материал для понимания собственных проблем при помощи обратной связи, комментариев и толкования. Групповая ситуация вместе с тем обеспечивает проверку наиболее адекватных форм интерперсонального взаимодействия.

2.1.7. Создание подгрупп

В группах, особенно многочисленных, часто возникают подгруппы. Объединяются обычно симпатичные друг другу люди с достаточно общими интересами. В группе они стараются постоянно поддерживать друг друга, занимают

сходные позиции и избегают взаимной конфронтации. Подгруппы могут создаваться по возрастному принципу, например, быстро сходятся пожилые члены, или несколько молодых «нонконформистов» могут создать подгруппу «бунтарей». Иногда подгруппы возникают на основе половых признаков: например, коалиция женщин против мужчин, или свое сообщество организуют интеллектуалы, проявляя пренебрежение к менее интеллигентным членам группы. В отделении подгруппы нередко возникают вследствие чисто внешних причин, например, под влиянием частых встреч в курительной комнате создается подгруппа курильщиков.

Между подгруппой и остальной частью группы могут проявляться отношения соперничества, либо ссоры между подгруппами. Причиной такой поляризации может стать объявление в группе нескольких доминирующих членов, претендующих на роль лидера и постоянно соперничающих друг с другом, собирая вокруг себя своих сторонников. Ссора и борьба между подгруппами нарушает сплочение группы и уменьшает ее продуктивность.

Обычно в подгруппах обсуждаются многие проблемы пациентов и все происходящее в группе. До тех пор пока активность подгрупп находит в той или иной степени отражение в деятельности целой группы, пока о внегрупповых отношениях известно всем остальным членам группы и этой проблеме посвящено специальное обсуждение в группе, существование подгрупп не представляет никакой опасности для группы и даже имеет положительное значение как источник необходимой информации и нужного для психотерапии материала. Более того, групповое обсуждение принципов отношений, на которых основана подгруппа, приводит к пониманию поведения ее членов и способствует групповой динамике. Остальные члены группы могут обсуждать собственную реакцию на отношения в подгруппе, будь то ревность, зависть, отрицание или сочувствие и удовлетворение. Точно так же и ссора между подгруппами, а значит и связанный с ней внутригрупповои конфликт, могут стать предметом полезной дискуссии.

Если, однако, возникновение подгрупп приводит к появлению тайн и секретов от группы, то их существование может стать мешающим и даже разрушительным фактором. Общение вне группы, которое не становится предметом для терапии в группе, можно считать своеобразной формой протеста. Нормы подгруппы, требующие сохранения тайны, вступают в противоречие с нормами группы, которые подразумевают открытость и искренность, и становятся поэтому антитерапевтическими.

Особого внимания требует возникновение так называемых «эротических пар». Эротические чувства, как и все иные, возникающие в психотерапевтической группе, могут быть реальными и нереальными, вызванными переносом, могут бьпъ формой компенсации чувственного неудовлетворения от актуальной супружеской ситуации. Само по себе данное проявление может быть очень действенным и эффективным, если дает повод для анализа подобных чувств группе с особенным вниманием к механизму повторения неврозов. Если же группа покрывает эротическую пару и оставляет их отношения без внимания в групповых сеансах, то это может быть свидетельством протеста группы против психотерапевта и проявлением сопротивления. В таких обстоятельствах существование эротических пар имеет отрицательное значение для нормального функционирования группы.

Как можно быстрее должен произойти разбор подобных отношений во время группового сеанса. При этом совершенно нежелательно осуждение, а необходимо простое понимание, какую роль играет подобное чувство и поведение в жизни обоих членов эротической пары, ради чего они встречаются и общаются, к каким последствиям это может привести в дальнейшем. При стационарном лечении действует правило, согласно которому запрещается восполнение эротических чувств сексуальными отношениями. Там, где до этого все-таки дойдет, «провинившиеся» изгоняются из группы.

2.1.8. Стадии развития группы

Психотерапевтическая группа проходит в своем развитии несколько стадий, описанных I. Yaloin.

Первая стадия: ориентация и зависимость

На первых сеансах участники ищут рациональные основания для терапии; они чувствуют себя сбитыми с толку и не вполне понимают, какое отношение имеет деятельность группы к их личным терапевтическим целям. Дискуссия на первых сеансах зачастую насыщена вопросами, отражающими это их непонимание. Вместе с тем участники примеряются друг к другу и к группе в целом. Каждый ищет для себя такую роль, которая обеспечит ему благополучное существование в группе, и задается вопросом, будут его любить и уважать или игнорировать и отвергать. Хотя официально пациенты приходят в терапевтическую группу, чтобы лечиться, социальные силы заставляют их вкладывать основную часть энергии, добиваясь одобрения, принятия, уважения или доминирования. Некоторым пациентам принятие и одобрение кажутся настолько маловероятными, что они, защищаясь, убеждают себя в малоценности группы, принижая душевные и умственные достоинства ее участников и напоминая себе, что группа представляет собой оторванное от реальности, искусственное образование. Люди гадают, что повлечет за собой участие в группе, каковы условия приема, какую долю себя надо открывать или отдавать, какого рода обязательство придется на себя брать? На сознательном или почти сознательном уровнях они ищут ответы на эти и подобные вопросы и пытаются определить для себя, какие типы поведения являются в группе желаемыми и одобряемыми.

Если группа на заре своего существования озадачена, колеблется и «зондирует почву», то не в меньшей степени она зависима. Скрыто и явно участники смотрят на ведущего, ждут от него распоряжений, ответов на вопросы, а также одобрения и принятия. Комментарии ведущего тщательно исследуются на предмет указаний по поводу желательного и нежелательного поведения. Пациенты ведут себя так, как будто спасение придет только или главным образом от ведущего, лишь бы им удалось выяснить, чего именно он от них хочет.

Содержание и коммуникативный стиль начальной фазы относительно стереотипны и ограничены. Проблемы трактуются рационально, пациент, излагающий проблему, подавляет проявления иррациональных сторон своей личности ради поддержки, соблюдения этикета и мира в группе. E. Semrad предло-

жил для описания общения группы на самом раннем этапе ее работы фразу «коктейльные темы», имея в виду характерный для вечеринок прием, когда человек берет бокал с выпивкой и использует его для того, чтобы как следует рассмотреть гостей и составить свое суждение о них. Так, поначалу группа может бесконечно обсуждать тему, по сути своей не представляющую интереса ни для кого из участников. Эти «коктейльные темы», однако, выступают в качестве инструмента первых межличностных исследовательских вылазок. Например, участница узнает, кто на нее реагирует с симпатией, кто разделяет ее взгляд на вещи, кого надо опасаться, кого уважать; постепенно у нее складывается представление о роли, которую она будет играть в группе. В терапевтических группах излюбленной «коктейльной темой» является описание симптомов, наряду с прежним опытом лечения, лекарствами и пр.

Типичная характеристика молодой группы — предоставление и поиски советов: пациенты делятся в группе проблемами в отношениях с супругами, детьми, работодателями и т. д., а группа пытается помочь им в практическом разрешении этих проблем. Подобная помощь редко несет в себе что-то функционально ценное. Скорее, она выступает как способ выражения взаимного интереса и заботы.

Описанные явления до такой степени характерны для начальной стадии курса, что их наличие может быть использовано для определения возраста группы. Если в группе, например, много советуют и часто обращаются за советами, без конца переходят на «коктейльные темы», описывают симптомы и основные причины обращения за терапевтической помощью, то неизменно оказывается, что это или очень молодая группа, или группа, созревание которой серьезно заблокировано.

Вторая стадия: конфликты и протест

На второй стадии — стадии «захвата позиций» по B. Tuckman — интересы участников смещаются к доминированию, контролю и власти. На этой фазе отношениям между участниками или между участниками и ведущим присуща конфликтность. Каждый старается прийти к такому уровню инициативы и власти, который является для него предпочитаемым. Чаще звучат негативные комментарии и взаимная критика участников.

В этой стадии возникает враждебность по отношению к терапевту. Эта враждебность уходит своими корнями в нереалистические ожидания пациентов: каждый тайно наделяет терапевта воистину магическими свойствами. Постепенно, по мере осознания пациентами ограничений, которые у терапевта, как у любого человеческого существа, есть, реальность принимается такой, какая она есть, и враждебность к ведущему исчезает. Этот процесс не является вполне осознанным. Интеллектуально участники могут ратовать за демократическую группу, черпающую силу из своих собственных ресурсов. Тем не менее это не мешает им, на более глубинном уровне, жаждать зависимости и пытаться сначала создать, а потом разрушить авторитетную фигуру. Ведущие групп отказываются играть традиционную роль представителя авторитета: они не ведут за собой, не отвечают на вопросы и не дают готовых ответов и решений; вместо этого они поощряют группу к исследованию и использованию своих собственных ресурсов. Обычно только после нескольких сеансов участники приходят к осознанию того, что терапевт не удовлетворит их тоску по сильному лидеру.

Еще один источник негодования по отношению к ведущему Ялом усматривает в постепенном осознании каждым участником того, что он не станет любимым чадом ведущего, что терапевт интересуется им не более, чем всеми остальными; сеются семена соперничества и враждебных чувств по отношению к другим участникам. Каждый смутно ощущает какое-то неясное предательство со стороны терапевта.

Ялом отмечает, что лидеры этой фазы — то есть участники, самые «горластые» и нападающие на ведущего первыми, — личности серьезно конфликтные в области зависимости. Желание стать зависимым в них настолько сильно, что они реагируют на него реактивным, образованием. Такие индивидуумы, иногда называемые контрзависимыми, склонны отвергать все высказывания терапевта и лелеять фантазию сместить ведущего и занять его место.

Хотя разочарование ведущим и гнев на него присутствует в группах повсеместно, однако форма проявления этих чувств и степень их не одинаковы. Своим поведением терапевт может как усилить, так и смягчить субъективное переживание и выражение участниками мятежных чувств. Более острую негативную реакцию навлекают на себя те ведущие, которые держатся двусмысленно или загадочно, которые авторитарны, но в то же время не снабжают пациентов необходимой информацией, не руководят ими и которые на ранних этапах терапии скрытым образом дают группе невыполнимые обещания.

Эта стадия зачастую трудна, и для терапевтов просто лично неприятна. Однако терапевту необходимо, чтобы группа не опасалась вступать в конфронтацию с ним, он должен не только одобрять, но и поощрять такую конфронтацию. В противном случае подавление важных, направленных на терапевта, противоречивых чувств, приводит к формированию непродуктивного табу, идущего вразрез с желаемыми нормами искренности и эмоциональной экспрессии. Кроме того, упускается возможность установить модель желаемого поведения. Терапевт, который выдерживает атаку, не разрушая себя и не пытаясь отомстить нападающим, а стремится разобраться в источниках и последствиях атаки, демонстрирует группе, что агрессия не обязательно чревата трагическими последствиями и что она может быть выражена и понята в группе.

Третья стадия: развитие сплоченности

В этой стадии снижается напряжение, возрастает сплоченность, потребность в чувстве своей принадлежности к группе. Возникают общие нормы и ценности. Теряет свое значение проблема авторитета и лидера, повышается ответственность и активность членов группы, способность к групповой деятельности и совместной работе.

Центральной темой является разговор о себе и остальных членах группы с открытым выражением чувств. Группа вселяет в индивида чувство безопасности, предоставляет защиту, чтобы он смог открыться.

Хотя в этой фазе пациенты чувствуют себя более раскрепощенными и легче раскрываются, тем не менее возникают ограничения коммуникации иного сорта: часто группа подавляет всякое выражение негативного аффекта, опасаясь, что он повредит сплоченности. В каком-то смысле участники объединяются против всего остального мира. Они поддерживают друг друга, гордятся своей группой, а если у кого-то из пациентов обнаруживаются противники во

внешнем мире, вся группа горячо осуждает их. Однако через некоторое время «объятия группы» приобретут ритуальный характер. Чтобы этого не случилось, необходима свобода дифференциации и конфликта. Только когда все аффекты выражаются и конструктивно прорабатываются в сплоченной группе, она превращается в зрелую рабочую группу — состояние, длящееся всю оставшуюся жизнь группы, с периодической регрессией к предшествующим фазам. Это позволило Ялому выделить две фазы в стадии возрастающей сплоченности: раннюю, характеризующуюся большой степенью взаимной поддержки (группа против внешнего мира), и более позднюю, когда группа работает действительно командой и когда напряжение возникает не из-за борьбы за доминирование, а из-за работы каждого участника над своим собственным внутренним сопротивлением.

Некоторые терапевты акцентируют в своей работе все фазы развития группы. Так, в первой фазе, когда пациенты ждут от терапевта совета и помощи в решении своих проблем, терапевт никак не реагирует на их ожидания, сводит на нет их потребность в руководстве и намеренно повышает напряжение в группе. Во второй фазе терапевт провоцирует группу на открытую конфронтацию с ним путем «раскалывания» постепенно возникающего единства и сплоченности группы, в результате чего группа, окончательно разочаровавшись в нем, начинает обвинять его во всех своих бедах. В третьей фазе, когда формируются групповые нормы и возникает чувство сплоченности, группа уже не зависит от терапевта и может плодотворно работать самостоятельно. Таким образом, групповой терапевт в процессе созревания группы последовательно переходит из позиции «альфа» через позицию «противника» в позицию «бета».

Может быть и другая точка зрения. Например, С. Кратохвил сомневается в том, что группа ради конструктивной работы должна пройти через стадию агрессивности к терапевту. Возможен альтернативный путь: терапевт, пользуясь своим авторитетом, организует и направляет активность группы, помогает выработать ей собственные нормы и стиль работы, а затем постепенно из активного руководителя (лидера) переходит на позицию наблюдателя. Можно с самого начала стимулировать и групповую сплоченность с помощью различных технических приемов, устранять изначальную неуверенность группы предоставлением ясной и точной информации.

2.2. РОЛИ ГРУППОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА

Поведение группового психотерапевта, стиль его общения и манера реагирования играют важную роль в процессе психотерапии. При систематизации возможных типов поведения групповых психотерапевтов используют такие категории, как «роль», «ориентация», «терапевтический стиль».

И. Ялом выделяет две основные роли группового психотерапевта — «технического эксперта» и «эталонного участника». Выступая в качестве эксперта, психотерапевт планомерно и целенаправленно использует свои знания и профессиональные навыки для достижения терапевтических целей и в нужный момент применяет соответствующие методы. В качестве эталонного участника он может преследовать двоякую цель: либо демонстрировать желательные образцы поведения (например, модель открытого выражения чувств или разумной сдержанности в проявлении эмоций), либо ускорять процесс социального научения путем децентрализации своего положения в группе, что ускоряет достижение группой независимости и сплоченности.

С. Кратохвил описывает пять основных ролей группового психотерапевта:

1. *Роль лидера.*

В этой роли терапевт открыто проявляет свою власть, оказывая постоянное воздействие на членов группы: побуждает их, оберегает, поддерживает, критикует и т. д. В руководимой таким способом группе пациенты часто обращаются к терапевту за указаниями, поддержкой и советом и сильно от него зависят.

Особое внимание активной роли терапевта уделяет школа трансакционного анализа. Представители этой школы считают группу, в которой психотерапевт отказывается от руководства и становится как бы одним из членов группы, не психотерапевтической, а «встречей милых друзей».

Активная руководящая роль терапевта находит свое применение также во время работы над психодрамой и в гештальт-терапии.

2. *Роль аналитика.*

В группах с психоаналитической ориентацией терапевт должен быть в распоряжении пациентов для осуществления ими переноса на него инфантильных чувств к отцу и матери. Поэтому он должен представлять собой нечто вроде неисписанного белого листа. Он ведет себя абсолютно индифферентно, пассивно, никак себя не проявляет, не дает советов, никого не осуждает, не выражает никаких чувств и оценок.

Терапевт внешне все пускает на самотек, предоставляет членам группы возможность свободно ассоциировать и свободно проявлять свои интеракции. Вскоре группа сама поймет, что обсуждать полезно, а что — пустая трата времени. Психотерапевт постепенно начинает интерпретировать поведение и поступки пациентов, чтобы открыть им их подсознательные мотивы. В дальнейшем группа сама начинает принимать участие в толкованиях и обсуждениях.

3. *Роль комментатора.*

Комментатор не руководит группой и не направляет ее деятельность. Время от времени он обобщает и комментирует все, что произошло в группе. Он целиком нацелен на групповой процесс и служит группе своеобразным зеркалом. Поэтому роль комментатора имеет особое значение в сеансах, ориентированных на интеракцию. Свои комментарии терапевт преподносит как бы не от себя лично, а в виде резюмированного описания деятельности группы без выражения собственных чувств и оценочных суждений.

Безличностный характер комментариев и отсутствие указаний часто вызывают агрессивную реакцию у группы, недовольство таким поведением терапевта. Группа может начать просто игнорировать терапевта, и он остается со своими комментариями словно в тени, как посторонний человек. Повторными комментариями терапевт все же направит внимание пациентов в определенном направлении, и тогда члены группы поймут, что происходит.

4. *Роль эксперта.*

Эксперт особого участия почти не принимает, о своих чувствах не говорит, но иногда советует, что следовало бы сделать, подскажет содержание того или иного мероприятия, либо в удобную минуту воспользуется каким-нибудь психотерапевтическим приемом, например, предложит сыграть психодраматическую сценку или бессловесно выразить собственные чувства. Он координирует обсуждение: если кто-то не может проявить себя или даже просто получить слова, он вынудит группу дать возможность этому человеку высказаться. Эксперт не навязывает определенных решений, собственного мнения, но не отказывается содействовать. Своими замечаниями он помогает группе подойти к какому-либо вопросу с разных сторон. Он не фрустрирует группу, не держит ее в напряжении из-за недостатка информации. Он объясняет все, что пациенты не знают, и обучает тому, что они не умеют.

5. *Роль аутентичной личности.*

Терапевт ведет себя как один из членов группы, выражает свои подлинные чувства. Он становится моделью для подражания. Психотерапевт делает абсолютно все вместе со своей группы, без колебания делится своими личными проблемами. Благодаря аутентичному поведению и являясь примером для других, терапевт помогает создать в группе необходимые психотерапевтические нормы.

Вопрос об аутентичности терапевта является спорным. Подробно останавливаясь на этом вопросе, Кратохвил вводит определенные ограничения аутентичности, связывая их с личными качествами терапевта, с целями группы и с сиюминутными потребностями группы.

А. Ограничения, связанные с личными качествами терапевта.

Искренность терапевта предполагает наличие у него таких качеств, как сочувствие, теплота, мягкость. Если же терапевт будет искренне проявлять свою раздражительность, упрямство и другие негативные качества, то ему лучше отказаться от роли аутентичной личности и выбрать для себя другую роль. Это, конечно, не значит, что терапевт не имеет права проявлять агрессию, упрямство, недовольство. Однако в целом пациент должен почувствовать, что терапевт добрый человек, который любит его.

Б. Ограничения, связанные с целями группы.

Чрезмерная откровенность терапевта может привести к тому, что группа начнет обсуждать его личные проблемы. Это же не входит в задачи групповой терапии. Аутентичность терапевта должна быть избирательной: хотя терапевт и выражает искренно свои чувства, но не касается своих внутренних проблем. Нецелесообразно, чтобы терапевт подробно знакомил группу со своей биографией.

В. Ограничения, связанные с сиюминутными потребностями группы.

Иногда аутентичное поведение терапевта может прийти в противоречие с тем, что в данный момент наиболее желательно с терапевтической точки зрения. Например, терапевт, как и другие участники группы, чувствует антипатию к девианту, но при этом осознает, что выражением своих подлинных чувств он только ухудшает положение девианта, усиливает его сопротивление и способствует уходу его из группы. Поэтому терапевт заступается за него, предоставляет частичную поддержку, чтобы хоть как-то уравновесить отрицательное отношение к нему всей группы.

Заслуживает внимания классификация стилей руководства группой M. Lieberman, I. Yalom, M. Miles, разработанная авторами на основании наблюдения за работой групповых терапевтов. Из 27 переменных, описывающих поведение руководителей групп, исследователи выделили четыре основных стиля руководства: эмоциональная стимуляция, опека, познавательная ориентация, исполнительная функция.

1. Эмоциональная стимуляция: руководитель группы стимулирует проявление различных чувств, конфронтацию отдельных членов группы. Он участвует в происходящем как равноправный член группы. Возбуждает остальных, проявляет нетерпение, раздражительность или теплоту и любовь. Его поведение говорит: «Посмотрите на меня и делайте как я!»

2. Опека: терапевт окружает членов группы заботой и вниманием, обеспечивает эмоциональную поддержку. Он открыто выражает теплоту, вступает в специфические личные отношения с отдельными участниками группы.

3. Познавательная ориентация: терапевт вербализует чувства, которые испытывают пациенты, объясняет смысл поведения конкретного человека или всей группы, интерпретирует переживания. Терапевт «переводит» чувства и поведение на обыкновенный язык.

4. Исполнительная функция: руководитель группы устанавливает правила, определяет нормы, направляет деятельность, следит за временем, расспрашивает, предлагает, советует, решает. Он действует как режиссер, который по необходимости останавливает действие и сосредоточивает внимание на определенном поведении члена группы или всей группы. Терапевт держит группу в полном повиновении и использует собственное положение для достижения цели.

В связи с тем, что стили поведения у разных терапевтов по-разному комбинируются и в разной степени проявляются, исследователи создали следующую типологию руководителей групп.

1. Опекуны: заботятся о пациентах, обеспечивают познавательную ориентацию и советуют, как себя изменить.

2. Стимуляторы: высокий уровень эмоционального стимулирования и средний или высокий уровень исполнительной функции.

3. Социальные инженеры: ориентированы на группу и занимаются отношением членов группы к ней самой. В своем поведении малоиндивидуальны, проявляют умеренный уровень заботы и поддержки. Интересуются скорее группой, чем индивидом.

4. Личностно-нейтральные руководители: постоянно сохраняют дистанцию, возбуждают агрессивным способом. Эмоциональное стимулирование средней силы и слабая забота.

5. Либеральные руководители: преобладает познавательная ориентация; достаточно низкий уровень проявления остальных трех стилей.

6. Командиры: высшая степень проявления исполнительной функции, авторитарность, частое использование различных упражнений.

Описанные типы руководителей групп приведены в порядке их эффективности для терапии. Первые три типа считаются эффективными, последние три — малоэффективными.

Иногда руководитель группы постоянно придерживается выбранной им роли, иногда он меняет ее в процессе эволюции группы. Например, на начальном этапе терапевт занимает позицию комментатора или аналитика, а в дальнейшем, по мере созревания группы, переходит в позицию эксперта или аутентичной личности.

Котерапевт. Часто группой руководят два терапевта, или тренера. В некоторых случаях в роли котерапевта выступает начинающий врач или психолог, приобретающий опыт руководства группой. В других случаях профессиональный уровень терапевта и котерапевта одинаков.

Для терапевта присутствие коллеги дает ему прежде всего возможность получить обратную связь относительно своего поведения в группе.

Предпочитают, чтобы один из руководителей был мужчина, а другой — женщина. В аналитически ориентированных группах они служат «мишенями» для переноса чувств к родителям. Один терапевт может выступать более авторитарно, другой больше заниматься «опекунскими» делами, один повышает, а другой снижает групповое напряжение и т. п.

Должны ли руководители группы быть всегда в согласии друг с другом, или они могут выражать разные взгляды? Должны ли они утаивать от группы реальный конфликт, который может возникнуть между ними, или обсудить его публично на одном из сеансов? Если они выбрали позицию аутентичных личностей, то они должны выражать взаимную неудовлетворенность и несогласие. Если кто-то из них признает свою ошибку или заблуждение, то такая откровенность может стать моделью действительных человеческих отношений. Однако терапевты должны постоянно контролировать свое поведение и не допускать, чтобы их соперничество использовалось членами группы в нетерапевтических целях.

2.3. ОРИЕНТАЦИЯ ГРУППОВОГО СЕАНСА

Биографическая ориентация. Это ориентация на отдельного пациента, который находится в центре внимания группы. Основные интеракции связаны с ним. Пациент говорит о своей проблеме, а группа дает ему обратную связь, участники выражают свои чувства, отношения.

Хотя ориентация на отдельного члена группы и называется «биографической», однако это название не достаточно точно передает содержание. Биография представляет собой только один из возможных вариантов такого сеанса. Сеанс может быть посвящен текущему поведению пациента в группе, его конфликтам за рамками группы без биографического разбора.

Если речь идет об актуальном конфликте пациента вне группы, то такой сеанс P. Petersen называет «фокально ориентированным». При этом основным вопросом является: какой видит группа внутреннюю проблему данного человека и как бы все остальные вели себя в подобном случае. Такой разбор способствует коррекции поведения обсуждаемого пациента.

При изложении своей биографии пациент не связан никакими ограничениями — как относительно формы, так и содержания. По окончании он отвечает на вопросы и предоставляет дополнительную информацию. Задача психотерапевта здесь состоит в том, чтобы стимулировать группу к сбору информации. Если возникает молчание, терапевт может задать группе вопрос о впечатлениях и эмоциях, вызванных рассказом пациента о себе. Обсуждение одной биографии может занимать от 1 до 3 занятий. Отдельные члены группы могут идентифицироваться с обсуждаемым пациентом, проецировать собственную проблематику, иногда проявлять агрессивность или демонстративное поведение. Если эти механизмы проявляются достаточно выразительно, то психотерапевт или кто-либо из членов группы обращают внимание на поведение пациента, и группа анализирует его в ходе дискуссии. Психотерапевт должен стремиться к постоянному сопоставлению проблематики обсуждаемого пациента с проблематикой других пациентов, уже известной группе. Отношения, установки и поведение пациента в прошлом (о котором он рассказывает) сравниваются с его поведением во время лечения, которое группа имеет возможность наблюдать. Таким образом, обсуждение биографии одного из пациентов переплетается с обсуждением актуального поведения и проблематики остальных пациентов.

При обсуждении проблем и психотравмирующих ситуаций отдельного пациента психотерапевт ориентирует группу в направлении получения ответов на вопросы: «каковы особенности его отношений?», «почему они именно таковы?», «почему у него возник невроз?». Сходный характер имеет обсуждение поведения пациента в отделении и его конфликтов в группе, с той особенностью, что это обсуждение проводится в контексте групповых явлений, таких как лидерство в группе, соперничество, принятие или отвержение группой, атмосфера в группе на сегодняшний день и т. д.

В открытой группе проблематика пациента обсуждается повторно перед его уходом из группы в связи с окончанием лечения. Выписывающийся пациент сначала сам делится своими впечатлениями и соображениями относительно отношения к себе и окружению. Затем группа обсуждает участие пациента в терапии, его отношения с группой, установки, проявившиеся в ходе терапии, а также изменения в его поведении за время психотерапевтического лечения. Если пациент уходит из группы лишь с незначительным улучшением, либо вообще без улучшения, группа обсуждает причины этого.

Следует учесть, что приводимое описание является схематизированным; на практике психотерапевт должен стремиться к тому, чтобы каждое занятие не являлось монотематическим — далеко не во всех случаях терапевтически эффективна концентрация внимания всей группы в течение длительного времени только на одном пациенте — не говоря уже о том, что монотематическая дискуссия становится для группы утомительной.

Тематическая ориентация. Сеанс ориентирован на вопросы и проблемы, решение которых имеет большое значение для всех членов группы. Участники высказывают свое мнение, выражают чувства, настроения. Тематические сеансы позволяют соотнести свои проблемы с данной темой, сопоставить свой опыт с опытом других людей. Темы дискуссий могут возникать спонтанно или быть заранее запланированы.

Особенностью тематически ориентированных сеансов является то, что личные проблемы разбираются здесь не впрямую, а опосредованно. Пациенты перерабатывают значительную часть своих внутренних проблем. Это выгодно в группе с еще недостаточно развитой откровенностью. Некоторые пациенты не раскрывают своих проблем из-за чувства страха или стыда. Для раскрытия этих проблем предлагается обсуждение двух тематик: проблемы секса и агрессивности.

Интеракционная ориентация. Интеракционнhш сеанс ориентирован больше на сам процесс, чем на его содержание. Он ориентирован на групповую динамику, на то, что происходит между членами группы, каковы отношения и взаимные реакции, их изменение и развитие.

Интеракционную ориентацию можно также называть центрированной на группе, поскольку в центре внимания находится не какой-нибудь конкретный пациент или тема, а вся группа в целом, интерперсональные отношения между участниками группы. Психотерапевтическая группа является моделью естественных малых социальных групп, она представляет собой маленькую лабораторию, в которой люди учатся понимать закономерности человеческих отношений на основании собственных реакций. Члены группы, с одной стороны, включены в интеракции и переживают их, а с другой стороны, эти самые интеракции наблюдают, комментируют, обобщают, объясняют и т. д. Психотерапевты, или тренеры, помогают им в этом.

Интеракционная ориентация чаще всего реализовывается при помощи неструктурированного сеанса, двухуровневого сеанса и сеанса с использованием интеракционных техник.

/. Неструктурированные интеракционные сеансы.

Терапевт не управляет группой. У группы нет запланированной программы. При определенном поведении терапевта в группе наблюдается развитие характерных фаз. Терапевт выступает в роли комментатора: он обращает

внимание на происходящее в группе редкими комментариями, обобщениями, гипотетическими интерпретациями групповой деятельности.

Конструктивно работающая интеракционная группа не нуждается для возникновения интеракций ни в теме, ни в биографическом материале — сеанс может протекать без специфического содержания. Уже одно обыкновенное молчание и реакция участников группы при этом — мимика, смущенные шутки, нашептывание соседу и, конечно же, возникающие чувства — представляют богатый материал для переживания и анализа групповой интеракции.

2. Двухуровневые сеансы.

На первом уровне протекает биографический или тематический сеанс, когда обсуждается индивид или какой-нибудь вопрос, представляющий определенное значение для членов группы. На втором уровне психотерапевт наблюдает за теми интеракциями, которые заключены в контексте вербального или невербального поведения пациентов. Терапевт обращает внимание группы своими комментариями именно на эти проявления, и группа начинает обсуждать этот второй — интеракционный или процессуальный — уровень группового действия.

Постепенно можно создать в группе специфическую направленность, обучить вниманию и воспитать чувствительность всех членов группы к данным интеракционным аспектам, обсуждение которых чередуется в дальнейшем с обсуждением внешних, содержательных аспектов взаимодействия.

Это можно пояснить следующим примером, который приводит Кратохвил. Группа обсуждает неудовлетворенность Милана своей жизнью. Мария высказывает мнение, что ему надо бы больше заниматься своим любимым делом, на что Света возражает: «Невозможно заниматься только своим любимым делом, если необходимо копить деньги на квартиру». На биографическом уровне оба высказывания можно воспринимать как дифференцированную обратную связь для Милана — как критику и совет со стороны одной девушки и сочувствие со стороны другой. На уровне же групповой динамики можно обратить внимание на то, что Света реагировала на слова Марии очень быстро и при том диаметрально противоположным замечанием, что, скорее всего, учитывая отношения девушек в группе, можно объяснить проявлением соперничества. Интеракция в таком случае может быть прокомментирована следующим образом: «Света стремится обесценить суждение Марии». Таким образом стимулируется восприятие подтекста этой интеракции.

3. Сеансы с применением интеракционных техник.

Для усиления эмоционального переживания и получения материала для интеллектуальной переработки интеракции используются некоторые техники. Психотерапевт играет при этом роль безучастного комментатора, использующего эти техники, или играет роль аутентичной личности, делясь с группой своими собственными переживаниями. Наиболее известные интеракционные техники приводятся ниже при описании методики проведения групповой патогенетической психотерапии (см. главу 10).

Итак, мы рассмотрели различные ориентации группового сеанса: биографическую, тематическую и интеракционную. Однако такое разделение групповых сеансов является в известной степени искусственным. На практике все эти три ориентации часто комбинируются в одном сеансе. Такое деление имеет, прежде всего, дидактическое значение, так как мы хотим уяснить себе, о каких, собственно, процессах внутри группы идет речь.

Conn говорит, что каждая групповая интеракция имеет три аспекта: я (индивид), мы (группа) и оно (тема). В задачу руководителя группы входит удержание этих аспектов в динамическом равновесии. Это осуществляется следующим образом: если группа реагирует слишком эмоционально, руководитель прибегает к рассуждению; если группа слишком рациональна, он говорит о своих чувствах, а если в центре внимания долгое время оказывается какой-нибудь пациент, то руководитель ориентирует группу на определенную тему.

С точки зрения места и времени, к которым адресуется дискуссия, различают ориентацию на «здесь и сейчас», то есть на все происходящее в группе, и на «там и тогда», то есть на обсуждение анамнеза, прошлых проблем, изучение развития личности и патогенеза невроза. Часто между этими двумя ориентациями ищутся соответствия, например, как в ситуации «здесь и сейчас» отражается и повторяется то, что было «там и тогда».

В современной практике встречаются три основных направления:

1. Первое направление ориентировано на современность, на «здесь» (то есть на то, что является актуальным в терапевтической группе) и на «там» (то есть на то, что актуально за пределами терапевтической группы, дома). Ситуация «здесь» используется с целью «интерперсонального осознания», актуальных проблем без стремления к «генетическому осознанию» их источников в прошлом, С помощью интерперсонального осознания пациенты решают свои внутренние проблемы, кризисные ситуации. Терапия ориентирована на внегрупповую проблематику, например, супружеский или производственный конфликт. Эта проблематика является для пациента в его настоящей жизни наиболее важной и значительной. Этот подход основывается на том, что интерперсональные проблемы пациента остаются актуальными до тех пор, пока они удерживаются его собственным поведением и поведением других, с кем он взаимодействует. Решение конфликтов, следовательно, заключается в замене старого способа поведения новым. Ничего больше не требуется. Исследования Ялома свидетельствуют о том, что вскрытие корней актуального поведения в детстве не является более эффективным для изменения поведения, чем простая конфронтация с этим поведением «здесь и сейчас».

2. Второе направление устанавливает связи актуального поведения с прошлым и считает «генетическое осознание» более существенным для терапевтического изменения. Это направление, в частности, представлено нашей отечественной патогенетической психотерапией В. Н. Мясищева. Специфическая ориентация на период детства типична для аналитически ориентированной групповой психотерапии, которая за актуальным конфликтом ищет глубинный, основной, конфликт.

3. Третье направление ориентируется исключительно на ситуацию «здесь и сейчас». Эта ориентация применяется в лабораторных Т-группах и в некоторых типах групп «встреча». В этих группах стремятся к повышению чувствительности пациентов к людям, человеческим отношениям, к развитию способности эффективно общаться с людьми, то есть к стимуляции актуальных коррективных переживаний без привлечения прошлого опыта и настоящего внегруппового опыта общения. Работа идет на основе интеракционного принципа только с тем материалом, который появляется непосредственно во время сеанса групповой терапии.

Глава 3

ПСИХОАНАЛИЗ

Начало психотерапии связывается с созданием Зигмундом Фрейдом психоанализа. Революционность его взглядов состояла в том, что он развил психодинамический подход к личности. Центральным в этом подходе является предположение о том, что личность и поведение являются результатом усилий Эго в примирении бессознательных психических конфликтов и требований реального мира.

Фрейд полагал, что помощь пациенту состоит в том, чтобы он лучше понял бессознательные конфликты, которые лежат в основе его проблем. Психоанализ Фрейда предлагает набор психологических процедур для достижения этого понимания.

! Многое из того, что предложил Фрейд, используется психотерапевтами в рамках иных теоретических подходов, например, систематическое исследование связи между историей жизни пациента и его актуальными проблемами; акцентирование мыслей и эмоций во время лечения; использование в терапевтических целях отношения между пациентом и терапевтом.

3.1. НАЧАЛО ПСИХОАНАЛИЗА

Психоанализ развивался из врачебной практики Фрейда. Он был озадачен пациентами, страдающими истерическими симптомами — слепотой, глухотой, параличом или другими симптомами, не имеющими физической причины. Вначале Фрейд использовал гипнотическую суггестию для лечения этих пациентов, но эта терапия оказывала парциальный и временный эффект. Позднее Фрейд и его коллега Йозеф Брейер изменили тактику: они просили загипнотизированных пациентов вспоминать события жизни, которые могли вызвать их симптомы. Развитие невроза представлялось следующим образом. Некоторые события человек воспринимает как психическую травму, которую он не может пережить во всей полноте из-за ее болезненности. В связи с этим происходит задержка аффекта. Задержанная энергия не находит выхода, а попадает в тело, нарушая его функционирование. За счет этой энергии происходит формирование симптомов в телесной области.

Когда болезненные события вытесняются из памяти, уходят в бессознательное, их место занимает симптом. Симптом иногда кажется случайным, но он как бы шифрует, скрывает переживание, сохраняя его смысл и элементы внешнего проявления. Например, пациентка Брейера Анна О. не могла пить из стакана и глотать воду. В состоянии гипноза она вспомнила вытесненный из памяти эпизод о том, как однажды горничная позволила собаке выпить из стакана. Анна вытеснила чувство отвращения. После того, как пациентка вспомнила этот случай, она смогла свободно пить из стакана. При восстановлении событий прошлого высвобождаются вытесненные мысли и чувства, задержанные аффекты разряжаются и симптомы исчезают. Эта терапия, названная Фрейдом и Брейером «разговорным лечением», была основана на катартическом эффекте. В конце концов Фрейд прекратил заниматься гипнозом и просто предлагал пациенту расслабиться на кушетке и сообщать о воспоминаниях, которые приходили ему на ум (использовать свободные ассоциации).

В результате обобщения практики и теоретического анализа понятия бессознательного Фрейд сместил акцент в понимании невроза с травмы на динамику бессознательных влечений. Наблюдения показывали, что в основе невроза лежат не столько реальные травмы, сколько инфантильные влечения и фантазии.

Фрейда поразило то, что многие симптомы его пациентов оказались связанными с воспоминаниями о сексуальном совращении в детстве кем-либо из родителей или близких родственников. Возникал вопрос: было ли совращение детей на самом деле столь распространенным явлением или же отчеты пациентов не соответствовали действительности? Фрейд склонился ко второму предположению: истерические симптомы могут основываться на бессознательных желаниях и фантазиях, а не просто на воспоминаниях действительных событий. Таким образом, воспоминание пациента о совращении в детстве отражает детскую фантазию или желание такого события. Это объяснение не только привело к таким концепциям, как детская сексуальность и эдипов комплекс, но также сместило акцент психоаналитической терапии с раскрытия утраченных воспоминаний на изучение бессознательных желаний и конфликтов.

3.2. КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Психодинамический подход к личности подчеркивает влияние бессознательных психических процессов на детерминацию мыслей, чувств и поведение человека. Теория личности Фрейда начинается с допущения, что люди рождаются с базальными инстинктами или потребностями — не только в еде, воде и кислороде, но и в сексе и агрессии. Потребность в безопасности, признании, любви и другие основываются на этих фундаментальных потребностях. Каждый человек сталкивается с задачей удовлетворения различных потребностей в окружающем мире, который часто фрустрирует их. Согласно Фрейду личность формируется и развивается в процессе решения этой задачи и отражается в том, как она решается.

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов: «ид», «эго» и«суперэго». Ид — резервуар бессознательной энергии, называемой также психической энергией или *либидо,* которая включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются. Выдающимся среди них является «эрос» — инстинкт удовольствия и секса и «танатос» — инстинкт смерти, который мотивирует агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. Ид ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные правила или права и чувства других. Иными словами, ид действует согласно *принципу удовольствия.*

Когда дети подрастают, они начинают понимать, что делать то, что они хотят, не всегда приемлемо. Так как родители, учителя, воспитатели и другие люди накладывают все больше и больше ограничений на прямое выражение импульсов ид, из него развивается вторая часть личности — эго, или Я, — чтобы найти способы удовлетворения желаний с учетом требований социума. Эго находит компромиссы между неразумными требованиями ид и требованиями реального мира — оно действует по *принципу реальности.* Эго пытается удовлетворить потребности, защищая людей от физического и морального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже отреагирования, импульсов, исходящих из ид.

Чем больше опыта приобретают люди, сталкиваясь с нормами и моралью общества, тем больше они начинают принимать их. В результате дети узнают, что определенное поведение является «неправильным» и начинают упрекать себя за совершение «плохих» поступков. Процесс интернализации родительских и социальных ценностей Фрейд называет *интроекцией.* Интроецированные ценности — наши «надо» и «нельзя» — образуют третий компонент личности: суперэго. Часть суперэго, включающая запреты («нельзя») и все то, что расценивается как «плохое», называется совестью. Вторая часть суперэго называется «идеальным эго» — эта часть включает понятие долга и идеальное поведение, которое рассматривается людьми как «правильное». Суперэго действует согласно *морального принципа;* нарушение его норм (правил) приводит к чувству вины.

Таблица 1

Примеры интрапсихических конфликтов

Конфликт	**Пример**
Ид против эго	Выбрать между малым немедленным вознаграждением и большим, но отсроченным
Ид против суперэго	Вам переплатили, и Вы решаете, вернуть ли разницу
Эго против **суперэго**	Выбрать между реалистичным поведением (например, ложь во спасение, что морально оправдано) и приверженностью к потенциально ценным или нереалистичным нормам (например, всегда говорить правду)
Ид и эго против суперэго	Решить, отплатить ли за нападение слабого оппонента, или сдержаться («подставить другую щеку»)
Ид и суперэго против эго	Решить, действовать ли реалистично, если это противоречит и Вашим желаниям, и Вашим моральным убеждениям. Например, решение католиков использовать контрацептивные средства
Эго и суперэго против ид	Выбрать между желанием действовать согласно импульсу (например, украсть что-нибудь) и невозможностью позволить себе это

Базальные потребности (ид), рассудок (эго), мораль (суперэго) часто вступают в противоречие с требованиями окружающей среды, что приводит к образованию *интрапсихических,* или *психодинамических конфликтов.* Фрейд считал, что число, природа и способ разрешения интрапсихических конфликтов придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. В норме, адаптивное поведение связывается с малым числом конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам. Некоторые из этих конфликтов могут быть полностью или частично осознаваемы, но большинство из них не осознаются. В табл. 1 приведены примеры интрапсихических конфликтов.

3.3. КАТЕКСИС

Психоанализ рассматривается как динамический психологический подход. Это значит, что ядро психоанализа составляют представления о психической энергии и распределении этой энергии между ид, эго и суперэго. Ид — это источник имеющейся в теле психической энергии: в свою очередь ид получает энергию от инстинктов. Сексуальное возбуждение — пример движения инстинктивной психической энергии. По мере того, как формируются эго и суперэго, они также заряжаются энергией. Либидо — это энергия, присущая инстинктам жизни; деструктивным инстинктам присуща агрессивная энергия.

Катексис — это процесс помещения либидинозной (или противоположной ей) энергии в различные сферы психической жизни, в идею или в действие. Катектированное либидо перестает быть подвижным и уже не может перемещаться к новым объектам: оно укрепляется в той области психической сферы, которая привлекала и удерживает его.

Если представить себе либидо как определенную сумму денег, то катексис — процесс покупки, вкладывание денег в ценности. Чем больше вложено денег в одни ценности, тем меньше их остается для других.

Катексисы — это заряды инстинктивной энергии, стремящиеся к разрядке. В то время как антикатексисы — это заряды энергии, которые делают невозможной такую разрядку. Ид имеет только инстинктивные «катексисы первичного процесса», стремящиеся к разрядке. Эго и суперэго имеют и побудительные катексисы, и сдерживающие антикатексисы. Две характерные черты либидинозных катексисов — это подвижность, легкость, с которой они переходят от одного объекта к другому, и, в противовес этому, склонность к фиксации, или привязанность к специфическим объектам.

Психоаналитик всегда пытается понять непропорциональность катектирования либидо и старается перераспределить его.

3.4. СЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

В начале сексуальной жизни выделяют две фазы. Первая, или прегенитальная, фаза сексуального развития представляет собой процесс, кульминационный момент которого приходится на конец пятого года жизни ребенка. Затем следует затишье, или латентный период. Вторая, или генитальная, фаза начинается с возрождения сексуального импульса в период менархе или в период половой зрелости.

В прегенитальной фазе выделяются три отдельные стадии — *психосексуальные стадии*. Каждая из них имеет отношение к той части тела, которая является главной сферой удовольствия в этом периоде жизни. Фрейд говорил, что неудача в решении проблем и конфликтов во время каждой из стадий приводит человека к фиксации.

Оральная стадия. Первый год жизни ребенка называется оральной стадией, потому что рот является центром удовольствия в это время. Ребенок использует рот не только для еды, но также для исследования мира: он берет в рот все — от игрушек до собственных рук и ног. Личностные проблемы возникают главным образом тогда, когда оральные потребности или не удовлетворяются, или ребенок чрезмерно предается этим удовольствиям. Следовательно, раннее отлучение от груди или задержанное отлучение может приводить к страстному желанию или чрезмерной привязанности к бутылке, груди и другим формам орального удовлетворения.

У взрослого человека фиксация на оральной стадии может приводить к таким «оральным характеристикам», как чрезмерная разговорчивость, переедание, курение, алкоголизм или даже использование язвительного («кусающего») языка (сарказма).

Чрезмерная зависимость от других (как зависимость ребенка от своей матери) является другим возможным признаком оральной фиксации. Под влиянием стресса взрослый человек, фиксированный на оральной стадии, склонен к преувеличению этих черт.

Анальная стадия. Вторая психосоциальная стадия наблюдается на протяжении второго года жизни, когда требование контроля за дефекацией сталкивается с инстинктивным удовольствием ребенка испражняться, когда ему захочется. Фокус удовольствия и конфликт перемещаются изо рта в анус, потому Фрейд назвал этот период анальной стадией. Если требование регуляции стула слишком строго или предъявляется слишком рано или слишком поздно, то возникают конфликты.

Нерешенные конфликты этой стадии могут формировать «анальную личность». Взрослые, фиксированные на анальной стадии, символически задерживают кал в форме повышенного контроля, скупости, упрямства, высокой организованности, педантичности и чрезмерной озабоченности в чистоте и порядке. Другую крайность проявляют те, кто символически изгоняет кал: они неряшливы, неорганизованы или импульсивны.

Фаллическая стадия. К возрасту трех лет и в течение последующих двух лет фокус удовольствия перемещается в генитальную область. Подчеркивая

психосексуальное развитие мальчиков, Фрейд назвал этот период фаллической стадией. Фрейд говорил, что в течение фаллической стадии импульсы ид мальчика включают в себя сексуальное влечение к матери и желание уничтожить, даже убить, отца, с которым мальчик должен конкурировать за любовь матери. Он назвал эту констелляцию импульсов *эдиповым комплексом,* потому что он соответствует сюжету древнегреческой трагедии Софокла «Царь Эдип», в которой Эдип, не ведая того, убивает своего отца и женится на своей матери. Враждебные фантазии мальчика и импульсы по отношению к своему отцу создают страх возмездия, называемый *кастрационной тревогой.* Страх становится так силен, что эго подавляет инцестуозные желания. Затем мальчик стремится стать подобным своему отцу (идентифицироваться с ним), и в этом процессе он обучается мужской сексуальной роли, что позднее помогает ему создать сексуальные отношения с другой женщиной, вместо своей матери.

Решение этих конфликтов более сложно для девочек. Согласно Фрейду, девочка начинает с сильной привязанности к матери, но так как она осознает, что у мальчиков есть пенисы, а у девочек нет, она начинает ненавидеть мать, обвинять ее в этом недостатке и считать себя неполноценной. Она, якобы, испытывает зависть к пенису и переносит свою любовь на отца, у которого есть этот орган. Но девочка должна все же избегать неодобрения со стороны матери, поэтому она идентифицирует себя с матерью, принимая женскую сексуальную роль и в последующем выбирает мужчину взамен своего отца.

Фрейд полагал, что преобладание интерперсональных проблем указывает на то, что большинство людей в некоторой степени фиксировано на фаллической стадии. Человек, который испытывает страх или проявляет агрессию по отношению к учителю, начальнику или другой авторитетной личности, демонстрирует нерешенные конфликты с родителем одного с ним пола. Вот некоторые из проблем, которые также могут быть связанными с плохо решенными конфликтами фаллической стадии: трудности с сексуальной идентификацией, неспособность к поддержанию стабильных любовных отношений, проявление нарушенного или социально неодобряемого сексуального поведения.

Латентный период. Период, начинающийся примерно в *шестилетнем* возрасте и заканчивающийся к началу периода менархе и половой зрелости, — это период сексуальной латентности. Латентность может быть полной или частичной. В латентном периоде развиваются сексуальные запреты. Один из механизмов, с помощью которых сексуальная энергия направляется в другое русло, называется *сублимацией,* или переключением либидо на достижение новых целей и на различные культурные занятия. Более того, по мере развития индивида либидинозные импульсы могут индуцировать противоположные антикатексисы, или реакции, например, отвращение, стыд, моральные переживания.

Вторая фаза сексуального развития называется *генитальной.* Она начинается в период менархе или в период половой зрелости и предполагает подчинение всех источников сексуального чувства доминирующим генитальным зонам. Возникшие ранее либидинозные катексисы могут быть сохранены посредством включения их в сексуальную деятельность либо посредством их подавления или направления в другое русло. В этой фазе преодолевается стремление к кровосмесительному выбору объекта, а также происходит уход из-под влияния родительского авторитета. Если предшествующее сексуальное развитие индивида было адекватным, он становится готов к установлению гетеросексуальных половых отношений.

3.5. ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, которая помогает защитить человека от неприятных эмоций (от тревоги и чувства вины). Каждый человек использует механизмы защиты в то или иное время, но чрезмерная опора на них создает проблемы.

Выделяют три вида тревоги: 1) реалистическая тревога, то есть вызванная реальностью (например, тревога, которая возникает при столкновении со злой собакой); 2) невротическая тревога, имеющая источником инстинктивные импульсы ид и 3) моральная тревога, вызванная конфликтом с суперэго. Снизить тревогу можно либо изменив ситуацию, либо исказив восприятие. Этот второй путь связан с формированием механизмов психологической защиты. Они являются специфическими способами взаимодействия с реальностью, позволяющими игнорировать ее, избегать, либо искажать.

Наиболее эффективным, по мнению Фрейда, способом функционирования человека в условиях подавления влечений является *сублимация*. Энергия вытесненного желания может найти выход в социально одобряемой деятельности, не вступая в противоречие с суперэго. Например, агрессивные импульсы найдут выражение в спорте, сексуальные — в литературе, искусстве, других видах деятельности. Сублимированная энергия, по мнению Фрейда, создает цивилизацию.

Вытеснение — один из наиболее простых механизмов, направленных на удаление из сознания неприемлемого содержания — чувств, мыслей и намерений к действию, потенциально вызывающих напряжение. Вытеснение производит либо эго, либо суперэго. Однако, вытесненные в бессознательное, эти «комплексы» продолжают действовать на душевную жизнь и поведение человека и постоянно ищут выхода «наружу». Поэтому для удерживания их в бессознательном требуется постоянный расход энергии. Например, человеку предстоит неприятная миссия, и он «нечаянно» забывает номер телефона, по которому должен позвонить.

Регрессия — возвращение человека на более ранние стадии психосексуального развития. В эмоционально трудных ситуациях взрослый может вести себя как ребенок, например, верить в таинственных духов, ждать от них помощи. Возвращение на оральную стадию будет связано с оральным удовлетворением, например, употреблением алкоголя. Защитной реакцией может быть засыпание днем. Регрессия может проявиться в широком спектре форм детского поведения: порче вещей, импульсивных реакциях, безосновательном риске, агрессивных действиях против авторитетов.

Отрицание — это попытка не принимать за реальность события, нежелательные для эго. Примечательна способность в таких случаях «пропускать» в своих воспоминаниях неприятные события, заменяя их вымыслом. В качестве характерного примера Фрейд приводит воспоминания Чарльза Дарвина:

«В течение многих лет, — писал Дарвин, — я следовал золотому правилу, а именно, когда я сталкивался с опубликованным фактом, наблюдением или идеей, которые противоречили моим основным результатам, я незамедлительно записывал это; я обнаружил, по опыту, что такие факты и идеи гораздо легче ускользают из памяти, чем благоприятные». Другой пример — алкогольная анозогнозия — отрицание своей зависимости от алкоголя.

Реактивное образование — есть защита, при которой поведение человека является противоположным его истинным чувствам. Это инверсия желания. Например, сексуальные импульсы могут отвергаться посредством чрезмерной стыдливости, отвращения и ненависти к сексуальности. Мать может полностью подавлять раздражение, которое вызывает у нее ребенок, недовольство его поведением и проявлять повышенную заботу о его воспитании, образовании, здоровье. От естественной заботы матери о ребенке такое поведение отличается навязчивостью, а чувства — большей интенсивностью. Или, зависимый человек демонстрирует несогласие, негативизм, ссорится с родителями. При этом мнение родителей будет для него решающим, но он постоянно действует вопреки их советам и требованиям. Защитный характер такого поведения обнаруживается в его эмоциональной насыщенности и ригидности (такой человек не следует ни одному совету).

Проекция — подсознательное приписывание собственных предосудительных качеств, чувств и желаний другому человеку. «Нельзя доверять партнеру», — говорит деловой человек, который сам ведет нечестную игру. «Все мужчины хотят одного», — можно услышать от женщины, испытывающей сильное сексуальное влечение. Ребенок наделяет своими чувствами игрушку.

Замещение — смена объекта, на который направлены чувства. Этот механизм включается тогда, когда выражение чувств в отношении данного объекта чревато опасностью и вызывает тревогу. Подобную ситуацию можно часто наблюдать в жизни, когда на случайно подвернувшегося человека выплескивается гнев, изначально направленный, например, на начальника.

При действии описанных защитных механизмов конфликтное содержание совсем не попадает в сознание. Формируются и более сложные «маневры» эго, в результате которых травмирующее содержание частично попадает в сознание, но подвергается искажению.

Изоляция — это отделение психотравмирующей ситуации от связанных с ней душевных переживаний. Разрывается связь между мыслью и эмоцией. Иногда при сильной травме, например смерти близкого, человек понимает, как велика утрата, но перестает на нее реагировать эмоционально. Происходит как бы «одеревенение», снижение чувствительности в отношении травмирующего фактора. Все происходит как будто с кем-то другим. Изоляция ситуации от собственного эго особенно ярко проявляется у детей. Взяв куклу, ребенок, играя, может «позволить» ей делать и говорить все, что ему самому запрещается: быть безрассудной, жестокой, ругаться, высмеивать других и т. п.

Рационализация — это оправдание неприемлемых для личности желаний, чувств, мотивов. Не признавая действительных движущих сил поступков, человек стремится подыскать им социально одобряемое оправдание. Таким образом суперэго справляется с ид.

Интеллектуализация проявляется в том, что человек знает о наличии подавленных импульсов, знание о них присутствует в сознании, но сами эти импульсы вытесняются. Например, можно предполагать наличие гнева по отношению к отцу, но при этом вытеснять агрессивные импульсы, направленные на отца и другие авторитетные фигуры.

Таким образом, механизмы защиты — это способы, с помощью которых эго защищает себя от внутренних и внешних напряжений. В психодинамической терапии предполагается, что защитные механизмы искажают реальность, но они функциональны и необходимы, поскольку временно устраняют из сознания действие травмирующего фактора. Однако если они становятся слишком ригидными, то затрудняют адаптацию и развитие человека.

Защиты эго мешают разрядить энергию влечения и предотвращают осознание. Эго ослабевает и оказывается подавленным. В этой борьбе далеко не второстепенную роль играет суперэго. Суперэго запрещает эго любую попытку, даже символическую, разрядить инстинктивную энергию, вселяя чувство вины. Эго тратит энергию не на удовлетворение потребности, а на ее подавление, стремясь не допустить запретные импульсы в сознание и не проявить их в действии.

В процессе психотерапии защиты снимаются при одновременном укреплении эго для того, чтобы оно могло управлять поведением, не искажая реальности, и высвободившиеся импульсы не разрушили функционирование личности. Сильное эго возможно при достижении его независимости от ид и суперэго. Поэтому принципиальная цель психоанализа состоит в том, утверждает Фрейд, чтобы усилить эго, сделать его более независимым от суперэго, расширить поле его восприятия и усовершенствовать его организацию, чтобы оно могло освоить новую порцию ид. «Там, где было ид, должно стать эго», — писал Фрейд.

3.6. ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Классический психоанализ включает следующие основные технические процедуры: продуцирование материала, его анализ и формирование рабочего альянса (Р. Гринсон).

3.6.1. Продуцирование материала

Основными способами продуцирования материала являются: свободная ассоциация, реакция переноса и сопротивление.

Свободная ассоциация

Фрейд все усилия направлял на создание процедуры, при которой сам пациент активно воспроизводил бы события из прошлого. Им была найдена новая стратегия, новый метод психоаналитической работы — метод свободных ассоциаций. В свободных ассоциациях человек не повторяет конфликтное содержание. Он регрессирует, идя по следу актуального переживания. Опускаясь в инфантильные конфликты, пациент вместе с психоаналитиком наблюдает, куда приводит его нить свободных ассоциаций.

Процедура, практикуемая Фрейдом, выглядела следующим образом. Пациент укладывался на кушетке, врач садился у изголовья так, чтобы не попадать в поле зрения пациента. Пациенту предлагалось прийти в состояние спокойного самонаблюдения, не углубляясь в раздумье, и сообщать все, что приходит ему в голову, без сознательного отбора, не придерживаясь какой-либо логики. Важна не логика, а полнота. Пациента предостерегают от тенденции поддаться какому-либо мотиву, желанию что-либо выбрать или отбросить, даже если какие-то мысли кажутся тривиальными, иррациональными, не относящимися к делу, не важными или болезненными, унизительными, нескромными, смущающими. Необходимо следовать по поверхности сознания, удерживаясь от критики.

Содержание свободных ассоциаций — прошлое и будущее, мысли и чувства, фантазии и сны. В них вырывается на поверхность сознания вытесненное бессознательное. В ходе свободных ассоциаций пациент учится воспроизводить травматический опыт. Фрейд полагал, что в поведении человека нет случайности и ариаднина нить свободных ассоциаций приведет пациента ко входу в темную пещеру бессознательного. Сниженная сенсорная активность, когда даже психоаналитик не попадает в поле зрения пациента, дает ему свободу для выражения подавленных мыслей и чувств.

Перенос

Механизм феномена *переноса (трансфера)* заключается в том, что пациент подсознательно идентифицирует врача с объектами своих прегенитальных сексуальных влечений. Другими словами, больной «переносит» на врача

чувства, которые ранее испытывал по отношению к другим людям, прежде всего к родителям. Различают *позитивный* и *негативный перенос.* Позитивный перенос проявляется чувствами симпатии, уважения, любви к аналитику, негативный — в форме антипатии, гнева, ненависти, презрения и т. п.

Чувства, словно призраки, возникают из прошлого, но пациенту они кажутся живыми. Он как бы играет одну и ту же пьесу, с теми же действующими лицами. Меняются лишь исполнители. Причем окружение человека нередко поддерживает трансферные отношения, с готовностью играет предлагаемые роли, закрепляя невротическое поведение. В жизни человека могут возникать симбиотические отношения, если, например, доминирующая жена принимает на себя роль матери. Однако такие отношения ведут не к идиллии совместимости, а к воспроизведению внутриличностных конфликтов и порождению межличностных.

В ходе психоанализа на одну из вакантных ролей пациент приглашает аналитика, переживая во взаимоотношениях с ним основную фабулу пьесы своей жизни. Сюжет пьесы возник еще в детстве, но постоянно воспроизводится в жизни пациента. Принимая на себя роль в этой пьесе, психоаналитик должен переписать заново и отрежиссировать новую пьесу.

Фрейд использовал также термин *трансферентный невроз* — «совокупность реакций переноса, в которой анализ и аналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, и невротический конфликт пациента вновь оживает в аналитической ситуации» (Фрейд). Механизм трансферентного невроза таков: энергия либидо переносится с важного лица в жизни пациента на психоаналитика, и когда при разрешении конфликта она высвобождается, то уже не возвращается объекту из прошлого. Поэтому трансфер рассматривается как важный фактор лечения. Невроз переноса служит как бы переходом от болезни к выздоровлению. *Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса, а затем использовать его в лечебных целях.* Здесь применяются такие технические приемы психоанализа, как относительная анонимность аналитика, его ненавязчивость, «правило абстиненции» и «аналитик-зеркало».

Невроз переноса может быть купирован только аналитическим путем; другие методы лечения могут лишь изменить его форму.

Понятие трансфера рассматривается в многообразных контекстах. Наиболее употребляемо понимание, идущее от ранних работ Фрейда: аналитик замещает какое-то важное лицо (родителя, друга, обидчика) из детства пациента. В психоанализе воспроизводятся особенности этих отношений, но объектом становится психоаналитик. Распространено также мнение, что переносом являются все отношения, поскольку человек повторяет одни и те же желания и чувства. М. Кляйн считала, что эти отношения сформировались еще на доэдиповых (оральной и анальной) стадиях психосексуального развития. Одни авторы считают, что трансфер возникает из неосознанной надежды получить удовлетворение. Другие рассматривают его прежде всего как сопротивление, поскольку он позволяет избежать болезненных воспоминаний, заменяет осознание отыгрыванием в действии.

Сопротивление

Сопротивление — это внутренние силы пациента, находящиеся в оппозиции к психотерапевтической работе и защищающие невроз от терапевтическо-

го воздействия. По форме сопротивление представляет собой повторение тех же защитных реакций, которые пациент использовал в своей повседневной жизни. Сопротивление действует через эго пациента, и, хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной.

Задача психоаналитика состоит в том, чтобы раскрыть, как пациент сопротивляется, чему и почему. Непосредственной причиной сопротивления является несознательное избегание таких болезненных явлений, как тревога, вина, стыд и т. п. За этими универсальными реакциями в ответ на вторжение во внутренний мир пациента обычно стоят инстинктивные побуждения, которые и вызывают болезненный эффект.

Фрейд различал следующие пять типов сопротивления.

1. Одно из наиболее мощных сопротивлений — *сопротивление ид,* которое может противиться изменению в направлении его удовлетворения и нуждается в «проработке», которая поможет найти новый способ удовлетворения.

2. Сопротивление-подавление — сопротивление защит эго.

3. Сопротивление отказу от выгодных последствий болезни.

4. Сопротивление-перенос, которое возникает в результате подавления чувств в отношении аналитика.

5. Сопротивление суперэго, которое возникает из бессознательного чувства вины и необходимости наказания. Например, зрелая женщина не может по: зволить себе признать сексуальное влечение, запрет на которое наложен родительским воспитанием.

С практической точки зрения, по мнению Р. Гринсона, целесообразно различать эго-синтоничные и эго-отчужденные сопротивления. В первом случае пациент отрицает сам факт существования сопротивления и сопротивляется его анализу; во втором пациент чувствует, что сопротивление чуждо ему, и готов работать над ним аналитически. Одним из важных этапов психоанализа является перевод сопротивления из эго-синтонического в эго-отчужденное. Как только это достигается, пациент формирует рабочий альянс с аналитиком и у него появляется готовность работать над своим сопротивлением.

3.6.2. Анализ материала пациента

Техника анализа включает в себя 4 процедуры: конфронтацию, прояснение, интерпретацию и тщательную проработку.

Анализируемое явление должно стать очевидным для пациента — *конфронтация.* Например, прежде чем анализировать сопротивление, нужно показать пациенту, что этот феномен у него существует. Если пациент понимает это, можно переходить к следующему этапу — *прояснению.*

Прояснение имеет целью сфокусировать внимание на анализируемом феномене, тщательно отделить его от других явлений, четко обозначить его границы.

Следующий, основной этап анализа — *интерпретация.* Интерпретировать — обозначает делать неосознанные феномены осознанными. Для интерпретации

аналитик использует не только свои теоретические знания, но и свое бессознательное, свои эмпатию и интуицию.

На первых этапах развития психоанализа Фрейд предлагал свои интерпретации непосредственно, но позже считал необходимым вводить интерпретацию при определенных условиях (наличии сопротивления). Очень важно, чтобы введение интерпретации было своевременным. Интерпретация — это предположение психоаналитика, которое нуждается в проверке опытом пациента. Поэтому она предоставляется, когда пациент сам приблизился к осознанию связи событий прошлого с актуальной проблемой. Причем связь эта должна быть не интеллектуальной догадкой, позволяющей сомневаться в ее истинности, а основываться на сходстве особенностей переживания. Пациент должен обнаружить повторение самой структуры конфликта, заново пережить столкновение противоречивых импульсов и запретов, как они были прочувствованы в детстве. Интерпретация достигнет цели, если обнаруживается не только интеллектуальное понимание, но и переживание старого конфликта.

Содержание для интерпретации тщательно готовится, иначе интерпретация может травмировать и создать новую систему защит. Пациент не должен почувствовать в результате свою ущербность, слабость. Если он обнаружит оценку в реакции терапевта, то снова вытеснит это переживание и интерпретация не достигнет цели.

Слишком глубокая, быстрая интерпретация также оказывается вредной, поскольку вызывает тревогу и дезинтеграцию эго.

Различают два вида интерпретаций: горизонтальные и вертикальные. *Горизонтальная интерпретация* позволяет выделить сходные темы в аспектах опыта пациента, которые казались не связанными. Например: «Вы чувствуете, что начальник, жена и обстоятельства — все против вас. Вы злитесь, но сдерживаете себя». Горизонтальная интерпретация позволяет установить содержание, обрисовать проблему, понять ее смысл. Обычно она готовит появление вертикальной интерпретации. *Вертикальная интерпретация* проникает в источник психологического конфликта, возвращая к точке фиксации. Например: «Вы боитесь говорить об этом, потому что думали, что я буду смеяться над вами, как делал это отец».

Путь от интерпретации к пониманию обозначается как этап *тщательной проработки*. Это путь от инсайта к пониманию пациентом самого себя. Из всех процедур анализа тщательная проработка — самая длительная по времени. Иногда она затягивается на полгода и более.

3.6.2.1. Анализ сопротивления

Сопротивление выражается разными способами: оно может выражаться в молчании; маскироваться под скуку; пациент может много говорить, избегая определенных тем, описывая мелочи и незначительные детали, но умалчивая о чувствах; проявляться в абстрактных, банальных рассуждениях по поводу содержания конфликтных переживаний; в рассказах о событиях без эмоционального включения в рассказ; в отсутствии сновидений; в воспроизведении только событий прошлого или фокусировке на настоящем без уяснения их связи; в опоздании на сеанс или прерывании лечения.

Может быть и менее явное сопротивление, когда пациент создает иллюзию работы над переживанием, обсуждает предлагаемый материал, соглашается с интерпретациями, но не достигает инсайта по проблеме. На наличие сопротивления могут указывать противоречия между вербальным и невербальным поведением. Например, пациент говорит: «Я очень любил отца», — и при этом сжатыми кулаками стучит по колену.

В русле психодинамической терапии сформулированы следующие нормы построения терапевтического процесса: анализ сопротивления проводится до анализа содержания, анализ эго предшествует анализу ид, то есть начинается с поверхности.

Необходимо проанализировать наличие сопротивления, прежде чем подходить к содержанию. Сопротивление — это бастион, который нельзя обойти. Если попытаться это сделать, враждебные анализу силы окажутся в тылу и будут саботировать терапевтический процесс. Отсутствие проработки сопротивления ведет к повторению закрепившихся у пациента защит. Если же оно проанализировано, эго укрепляется и становится способным освоить новую порцию ид. Например, пациент говорит «мертвым» языком о своих чувствах, смущается. Сначала прорабатывается, что вызывает смущение, иначе пациент в дальнейшем будет не способен передать свои переживания. Работа с сопротивлением приводит к выявлению конфликта и таким образом анализ содержания становится логичным и неизбежным. Если психоаналитик затрагивает слишком глубокие пласты, то он рискует не получить отклика из-за глухой стены сопротивления. Поэтому анализ проводится, начиная с поверхности. Пациент сам определяет тему сеанса, поскольку он отталкивается от поверхности и замечает то, что уже готово для осознания. Психоаналитик управляет ходом сеанса в соответствии с пониманием проблемы и логики ее разрешения.

Работа с сопротивлением проходит следующие этапы:

1. *Распознавание.* Когда сопротивление только проявляется, его замечает лишь психотерапевт. На этом этапе анализ преждевременен, пациент легко может отрицать сопротивление. Когда же оно становится заметным, психотерапевт демонстрирует его пациенту.

2. *Демонстрация.* Вначале психотерапевт указывает на наличие сопротивления, не интерпретируя его содержания и источника. Наилучшим методом для демонстрации является конфронтация. Психоаналитик может сказать: «Мне кажется, Вам трудно говорить о сексе», или: «Вы, кажется, чего-то избегаете» и т. п. На этом этапе психоаналитик не интерпретирует источник и мотив сопротивления. Ему важно показать, что сопротивление — естественная реакция, феномен, с необходимостью возникающий в психоанализе. Критика, неодобрение со стороны психотерапевта могут стать серьезным испытанием для рабочего альянса.

3. *Прояснение мотивов и форм сопротивления.* Чаще начинают с выяснения мотива, или причины, сопротивления: какого болезненного аффекта пациент старается избежать (тревогу, вину, стыд, депрессию). Подсказкой может служить невербальное поведение. Напряженные челюсти, сдавленный голос, стиснутые кулаки могут указывать на сдерживание печали. Дрожащий голос, вздрагивания, сухость во рту нередко сопряжены со страхом, тревогой.

Тут уместна конфронтация: «Вы чего-то боитесь». Если же психоаналитик не уверен, что правильно понял эмоцию, он предпочитает спросить: «Как Вы чувствовали себя, когда рассказывали о жене?» Если пациент затрудняется в прояснении того, чему он сопротивляется, то можно предложить ему сосредоточиться на мысли: «Что меня печалит?»

После прояснения мотива определяется форма сопротивления, то есть то, как пациент сопротивляется. Следует отметить, что прояснение нередко начинается с формы сопротивления. Это особенно эффективно, если его проявления не характерны для пациента (например, пунктуальный пациент опаздывает на сеанс).

4. *Интерпретация сопротивления.* Цель — дополнить картину сопротивления, выявить, на основании какого конфликта возникло препятствие на пути анализа. На этом этапе проясняется, каким образом возник конфликт, как он проявляется в жизни пациента, какие образцы поведения и эмоционального реагирования он породил.

5. *Проработка.* Необходимость этого последнего этапа вызвана тем, что Фрейд называл «залипанием либидо», а Юнг — «психической инерцией». Его цель — преодоление сопротивления ид. Проработка является прослеживанием влияния уже осознанного конфликта на разные жизненные события, повторение, углубление, расширение анализа сопротивления. Проработка позволяет углубить понимание пациента за счет увеличения количества привлекаемого материала. Интерпретация вновь возникших сопротивлений проясняет проблему и ведет к более устойчивым результатам. Постепенно снимая наслоение защит, преодолевая возникающие препятствия, анализ продвигается в направлении к источнику конфликтных переживаний.

3.6.2.2. Анализ переноса

Поскольку пациентом владеют сильные бессознательные импульсы, то через какое-то время они начинают направляться на психотерапевта. Возникает трансфер. По отношению к психотерапевту пациент начинает испытывать эмоции, которые определяются не реальной ситуацией их взаимодействия, а образцами эмоционального реагирования из прошлого.

Психотерапевт придерживается следующей манеры поведения. Он не прекращает развитие трансфера, не исправляет искажений в восприятии отношений, но и не принимает роли, которую ему навязывает пациент, не провоцирует трансферных реакций. Поведение аналитика лишено личностной окраски, он выступает в качестве «белого экрана», на который пациент проецирует образцы своего детства.

Пациент может выражать недовольство аналитиком или просить утешить его. Психотерапевт же, не принимая чувств на свой счет, стремится проанализировать их истинную направленность. Фрейд сформулировал *правило абстиненции,* в соответствии с которым психоаналитик не должен давать замещающих удовлетворений. Например, если пациент бессознательно хочет получить от аналитика утешение или, наоборот, наказание, психоаналитик фрустрирует эти инфантильные потребности, проясняя их. Депривация невротических желаний ведет к более глубокой регрессии, оживляет старые чувства и отношения. В этой перспективе с некоторого расстояния они становятся видимыми для рационального эго.

Некоторые пациенты отказываются анализировать свои чувства по отношению к терапевту, считая их либо случайными, либо естественными, вызванными самим терапевтом. Поэтому аналитик объясняет, что трансфер — важный элемент лечения, что на этой модели может быть представлена вся его жизнь, способ строить взаимоотношения с людьми.

Процесс работы с трансфером проходит этапы, сходные с анализом сопротивления.

1. Вначале трансфер демонстрируется. Например, психоаналитик использует конфронтацию: «Вы, кажется, злитесь на меня?» или «Вы боитесь говорить о своих чувствах ко мне».

2. Затем он проясняет ситуацию, рассматривая детали, отыскивая те слова, действия, которые послужили пусковым механизмом для запуска трансферной реакции.

3. На этапе интерпретации исследуются чувства, фантазии пациента в отношении аналитика.

4. Проработка предполагает отыскивание тех людей и ситуаций, в отношении которых воскрешаются анализируемые чувства. Рассматривается их влияние на жизнь пациента, принятые им решения и т. п. При этом важно найти первоначальный объект, который определил данный способ реагирования.

Следует учитывать, что не все аспекты отношения пациента к аналитику являются трансферными. Например, испытываемая в начале терапии тревога не обязательно трансферная, хотя и может повторять тревогу по поводу другого важного события в жизни пациента.

В противоположность трансфериым отношениям в психоанализе развивается терапевтический альянс. Ослабленное в результате регрессии эго пациента для контакта с реальностью опирается на эго аналитика. Идентифицируясь с ним, пациент сохраняет способность к самонаблюдению и желание продолжать анализ, несмотря на возникающие трудности.

Для создания хорошего терапевтического альянса необходимо сильное эго психоаналитика. Работа может быть успешной, только если терапевт действует объективно, осознавая неадекватность реакций пациента. Поэтому важным условием ясности переноса является элиминирование (устранение) эмоциональных проявлений аналитика. Фрейд писал, что аналитик не должен быть для пациента прозрачным, как стекло. Наоборот, подобно зеркалу, он должен отражать чувства пациента, делать их для него видимыми.

У терапевта, как и у всех людей, есть неосознанные чувства. Эти переживания влияют на отношения с пациентом. Неосознанные желания и чувства, «слепые пятна», могут исказить, затуманить восприятие, и тогда трансфер не будет обнаружен и проанализирован. Например, если у терапевта затруднена самореализация, он переживает себя как малоценную личность, то он не заметит позитивного переноса и будет принимать восторги и зависимость пациента как естественное и необходимое выражение оценки своего труда. Последующее проявление противоположных чувств застанет его врасплох и приведет к прекращению терапии.

Потребность терапевта доминировать, властвовать проявится в том, что он станет играть роль авторитарного отца, которую ему с готовностью предложит

кто-то из пациентов. В подобных случаях процесс потеряет свой смысл как терапевтический и будет воспроизведением старых клише.

Если проблемы психоаналитика каким-то образом связаны с проблемами пациента, то свои бессознательные конфликты он может проецировать на пациента. Пациент становится как бы значимым лицом из окружения аналитика в детстве либо играет роль его самого.

Если у терапевта проблемы в сексуальной сфере, то он станет рассматривать пациентов сквозь призму сексуальных проблем. Это может стать серьезной преградой для понимания пациентов. Данную проблему заметил еще Фрейд в своей собственной работе и поэтому рекомендовал аналитикам прохождение психоанализа каждые пять лет.

Безусловно, терапевт не может быть совершенно беспристрастным, и в отношении пациента у него возникают эмоциональные реакции — *контртрансфер*. Однако помехой анализу являются не сами по себе эмоции, а неосознанность реакции. Неосознанные чувства становятся все более интенсивными входе терапии, начинают препятствовать адекватному восприятию пациента и вредить анализу. Если же терапевт стремится осознать свои чувства, то контрперенос способствует продвижению в терапии.

Профессиональная позиция психоаналитика состоит в том, что он не принимает на свой счет чувств пациента, не отреагирует контртрансфер. Анализируя свои бессознательные эмоциональные реакции, терапевт стремится проработать скрытые конфликты. Нельзя стать хорошим психотерапевтом, при этом плохо понимая себя. Аналитик также использует контрперенос для более глубокого проникновения в чувства пациента. Наличие контртрансфера указывает на необходимость самоанализа и супервизии для терапевта.

3.6.2.3. Анализ сновидений

Особенно значительное место в психоанализе занимает техника работы со сновидениями. В соответствии с представлениями Фрейда, сновидение направляется бессознательными импульсами, в которых человек не хочет признаться в сознательном состоянии. Во время сна контроль сознания ослабевает, и запретные импульсы выходят наружу. Сильными побуждениями сон может быть нарушен, поэтому сновидение их маскирует, облекая в символы.

Фрейд рассматривал сновидение как перевод скрытого (латентного) содержания бессознательного на язык символов. Под скрытым содержанием понимались вытесненные желания. Явное содержание получается в результате процессов сгущения, смещения и вторичной обработки.

Под сгущением понимается комбинация различных элементов, даже их наложение друг на друга в одном элементе сновидения. Эти элементы объединяются сходством в переживании. Так, человеку приснился начальник, но действие происходило в его родном городе, откуда он давно уехал. При анализе сна пациент вспомнил, что в детстве его побили одноклассники именно в том месте, которое появилось во сне. Оба элемента были связаны с обидой.

Смещение проявляется в том, что в сновидении появляется случайный элемент, мало связанный с главным содержанием ситуации, в которой проявилось неосознанное переживание. Например, накануне человек почувствовал нелов-

кость, когда обнаружилась его некомпетентность в беседе с деловым партнером. Во сне из этой ситуации присутствовал письменный прибор партнера. Переживание неловкости, будучи травмирующим, могло разрушить сон, и «цензура» его не пропустила, незамеченной проскользнула лишь одна деталь.

Вторичная обработка — это процесс, в результате которого сновидение приобретает цельность и связанность, заполняются пробелы, исправляются несоответствия.

Образы сна Фрейд рассматривал как знаки, которые психоаналитик должен расшифровать, как ребус, который следует разгадать. Он считал, что большинство образов — универсальные, общие для всех людей символы, имеющие сексуальную природу и отражающие инфантильные побуждения. Символы ассоциативно связаны со скрытым содержанием и напоминают его элементы или по функции, или по форме.

Один и тот же символ для разных людей может приобретать разный смысл. Так, образ огня может быть и символом чувственности, и символом Бога. Огонь может означать и тепло, уют, и опасность. Таким образом, он может быть связан и с удовольствием, и со страхом, и с агрессией. Сон о наготе может означать и сексуальное влечение, и эксгибиционизм, и желание быть искренним, и страх перед разоблачением.

Главным методом исследования сновидений является *метод свободного ассоциирования.* При анализе сновидений необходимо соблюдать три основных правила:

1. Не обращать внимание на внешнее содержание сновидения, независимо от того, понятно оно больному или кажется абсурдным, так как оно все равно ни в коем случае не соответствует искомому бессознательному.

2. Сновидения следует разбивать на элементы, каждый из которых исследуется в отдельности. При этом пациента просят «объяснять» каждый элемент сновидения первыми пришедшими в голову словами, то есть свободно ассоциировать. Получается нечто подобное «ассоциативному эксперименту» с той лишь разницей, что в сновидении «слово-раздражитель» заменено чем-то, что само исходит из душевной жизни видевшего сон, то есть из того, что само может быть «производным от комплексов».

3. При анализе сновидений исследователь должен набраться терпения и подождать, пока «скрытое, исконно бессознательное *не возникнет само*».

При анализе сновидений врач наталкивается на сопротивление. Как раз те мысли, которые пациент пытается подавить, оказываются наиболее важными для вскрытия бессознательного. Из сказанного следует еще одно условие, которое непременно следует разъяснять анализируемому: не замалчивать ни одной из пришедших ему в голову мыслей, даже если они не соответствуют здравому смыслу и его понятиям о приличии.

Приводим пример анализа сновидения, проведенного Фрейдом.

Сновидение. Он уезжает. Его багаж доставляется в экипаже на вокзал. Много чемоданов, один на другом. Среди них два больших черных «образцовых» чемодана. В утешение он кому-то говорит: «Так ведь эти едут только до вокзала».

Анализ. Он иностранец, путешествует с очень большим багажом. Во время лечения рассказывает много историй о женщинах. Два черных чемодана соот-

ветствуют двум брюнеткам, которые в настоящее время играют в его жизни главную роль. Одна из них хотела приехать вслед за ним в Вену, но по совету психоаналитика он отказал ей по телеграфу.

3.6.3. Рабочий альянс

Рабочий, или терапевтический, альянс предполагает рациональное взаимоотношение между пациентом и аналитиком, которые дают возможность пациенту целеустремленно работать в аналитической ситуации, а аналитику добиваться терапевтического успеха.

На формирование рабочего альянса в равной мере влияют пациент, аналитик и аналитическая среда. Аналитик способствует формированию рабочего альянса всем своим поведением, в котором делает акценты на эмпатии, понимании и недирективности. От пациента требуются искреннее желание подвергнуться анализу, определенные способности и особенности личности.

Только тот пациент, у которого установки на психоанализ глубоко мотивированы, может вынести это лечение, требующее много времени, терпения, а главное, тесно связанное с раскрытием интимных переживаний. Не могут рассчитывать на успех пациенты, которые ждут от психоанализа быстрых положительных результатов или заинтересованные в своем болезненном состоянии.

В процессе лечения пациенту предлагается быть активным и пассивным, полностью отдаваться свободным ассоциациям или, наоборот, быть логичным и соблюдать последовательность в мышлении. Пациент должен уметь выслушать и понять аналитика, а также выразить словами свои переживания и чувства. Для этого требуется, чтобы он имел достаточно пластичное эго, другими словами, он должен обладать определенными способностями работать в психоаналитической ситуации.

У психоаналитиков существует понятие об *ашлизируемости* пациента, так же как у психотерапевтов, ориентированных на суггестивную терапию, понятие о *внушаемости.* Анализируемость зависит в основном от личностных особенностей пациента, от его способности снять контроль над своими мыслями и чувствами. Одним из факторов, способствующих успеху анализа, является способность к эмпатии, способность временно идентифицироваться с другими людьми. Замкнутые, эмоционально ригидные, импульсивные люди плохо поддаются психоаналитической терапии.

Психоанализ, как и любой метод психотерапии, не может быть панацеей от всех заболеваний. Он может быть только «предметом выбора», и показания его весьма ограничены. Следует напомнить слова Фрейда, который уже в конце жизни на основании огромного опыта отмечал, что «область применения психоаналитической терапии составляют неврозы перенесения — фобии, истерия, неврозы навязчивостей, кроме того, нарушения характера, появляющиеся в результате этих неврозов. Все отличающееся от этого... в большей или меньшей степени непригодно».

3.7. РАЗНОВИДНОСТИ ПСИХОАНАЛИЗА

Некоторые из разновидностей психоанализа в отличие от фрейдизма менее фокусированы на ид, бессознательном и инфантильных конфликтах. Они уделяют больше внимания актуальным проблемам и тому, как можно использовать силу эго для их решения. В этих терапиях пациентам помогают осознать не эдипов комплекс, а то, как глубинные чувства тревоги, неуверенности, неполноценности приводят к расстройствам мыслей и проблемам в отношениях с другими.

Сюда входит, прежде всего, *аналитическая психология* Карла Юнга. Юнг считал, что психическая энергия, названная Фрейдом либидо, не основывается только на сексуальных и агрессивных инстинктах. Он рассматривал ее как более общую жизненную силу, включающую в себя врожденное побуждение не только к инстинктивному удовлетворению, но также к продуктивному слиянию базальных влечений с требованиями реального мира. Юнг называл эту тенденцию к ориентированному на рост решению конфликта *трансцендентной функцией.*

Юнг полагал, что каждый человек имеет не только личное бессознательное, но также и *коллективное бессознательное,* нечто вроде банка памяти, в котором хранятся все образы и идеи, которые человеческая раса накопила со времени ее эролюции от низших форм жизни. Некоторые из этих образцов называются *архетипами,* потому что они состоят из классических образов или концепций. Идея *матери,* например, стала архетипом; каждый рождается с предрасположением к восприятию и реагированию на определенных людей как на фигуру матери. Более зловещий архетип — *тень* (подобный фрейдовскому представлению об ид); он включает самые древние инстинкты, идущие от предчеловеческих веков. Юнг считал, что тень ответственна за такие понятия, как грех и дьявол.

Вместо идентификации специфических стадий в развитии личности, Юнг предполагал, что люди обнаруживают различную степень интроверсии (тенденцию к фокусированию на внутреннем мире) или экстраверсии (тенденцию к фокусированию на социальном мире). Кроме того, люди различаются по степени акцентирования специфических психологических функций, таких как мышление и чувства. Комбинация этих тенденций создает личности, которые обнаруживают индивидуальные и предсказуемые паттерны поведения.

Далее, к разновидностям психоанализа относится *индивидуальная психология* Альфреда Адлера, который подчеркивал роль врожденных социальных побуждений в формировании личности. Адлер отталкивался от предположения, что каждый человек рождается в беспомощном, всецело зависимом состоянии, которое создает чувства неполноценности. Эти негативные чувства, соединенные с природным желанием стать полноправным членом общества, являются стимулом для развития личности. Он называл этот процесс *стремлением к превосходству,* под которым он понимал стремление к самоосуществлению, а не только желание быть лучше других. Если чувства неполноценности очень сильны, то

они могут мотивировать человека к компенсации, даже к сверхкомпенсации своей неполноценности. Это он назвал *комплексом неполноценности.*

Согласно Адлеру, способы, с помощью которых человек пытается достичь личного и социального осуществления, определяют *стиль жизни.* Адлер утверждал, что этот стиль жизни направляется сознательными идеями, целями и убеждениями (а не бессознательными, как говорил Фрейд), и что эти идеи приходят через опыт. Например, избалованный ребенок может прийти к убеждению в том, что он «особый» и свободен от правил общества. Эта ведущая фикция, что «я особый», скорее всего приведет к эгоистическому стилю жизни, при котором личностное осуществление происходит за счет других. Напротив, такие ведущие фикции как «в каждом есть что-то хорошее» или «завтра будет лучше, чем сегодня» создают позитивные стили жизни.

Другой разновидностью психоанализа является эго-психология (Анна Фрейд, Гартман, Кляйн). Эго-психологи рассматривали эго не просто как посредника в конфликтах между ид, суперэго и средой, но как творческую, адаптивную силу. Эго ответственно за развитие языка, восприятие, внимание, планирование, обучение и другие психологические функции.

Теоретики неофрейдизма, такие как Эрих Фромм, Карен Хорни, Гарри Салливэн следовали путем Адлера, сосредоточившись на том, как другие люди участвуют в формировании индивидуальной личности. Они считали, что как только биологические потребности удовлетворяются, наиболее влиятельными для формирования личности становятся попытки в удовлетворении социальных потребностей — в защите, безопасности, принятии. Когда эти потребности не удовлетворяются, люди чувствуют сильный дискомфорт и стремятся решить проблему, используя других людей, которые могут им дать то, в чем они нуждаются в социальном аспекте. Стратегии, используемые людьми для этого, такие как стремление к преимуществу над другими или чрезмерная зависимость от других, формируют личность. (Заметьте сходство с концепцией стиля жизни Адлера). Салливэн пошел еще дальше, заявив, что концепция личности — это просто иллюзия, название для *паттерна интерперсонального поведения* каждого отдельного человека.

Другим примером расширения роли социальных потребностей и отношений в современном психодинамическом подходе являются работы теоретиков *объектных отношений,* таких как Мелани Кляйн, Отто Кернберг, Хайнц Кохут. Теории объектных отношений подчеркивают важность для личностного развития очень ранних отношений между детьми и их объектами любви, обычно матерью и первичными фигурами, обеспечивающими ребенку уход. Особенно критическим в жизни человека является то, *как* первичные фигуры обеспечивают поддержку, защиту, принятие и одобрение и, другими словами, удовлетворяют физические и психологические потребности ребенка. Природа этих объектных отношений имеет важный импульс для развития личности, включая надежную раннюю привязанность к матери или ее заменителям, постепенное отделение от объекта привязанности и, наконец, способность относиться к другим как независимый индивид. Нарушенные объектные отношения создают проблемы, связанные с процессом личностного развития, и приводят к формированию неадекватной самооценки, трудностям в общении с другими людьми и более серьезным психическим расстройствам.

Другие разновидности психоанализа сохранили большинство идей Фрейда. F. Alexander, S. Ferenczi, O. Rank на первый план выдвигали эмоциональный компонент взаимодействия врача и пациента. С 30-х годов XX века среди ведущих психоаналитиков стало распространяться мнение, что восстановление в памяти прошлых событий является не единственным фактором лечения. Еще Фрейд отмечал, что само по себе истолкование в психоанализе неэффективно. Понимания смысла симптомов и их связи с прошлыми событиями недостаточно для излечения. Более того, возвращение в сознание вытесненного материала стало толковаться не столько как причина, сколько как результат определенного типа терапевтического взаимодействия врача и пациента. Наиболее важным видом этого взаимодействия является трансфер. Главный момент в лечении — не воспоминание, а возможность принять его, работать с ним. Так, если в детстве авторитарный отец блокировал проявление агрессивности, эмоциональной экспансивности, то в дальнейшем взрослый будет испытывать трудности при взаимодействии с людьми с высоким статусом. Важно понять не только истоки подобных реакций, но и почувствовать достаточную силу и уверенность в себе, чтобы противостоять попыткам подавления в настоящем. Способность принять реконструированный бессознательный опыт зависит от силы эго, которая укрепляется в терапевтическом взаимодействии. Пациенту важно пережить новый эмоциональный опыт в работе с врачом. Психотерапевт обеспечивает благотворность этого опыта и эффективность лечения, управляя трансферными отношениями. В то же время для возникновения трансфера важно вызвать, восстановить в памяти прошлые события. Таким образом, для лечения необходимо оптимальное сочетание интеллектуального и эмоционального компонентов.

Другие разновидности психоанализа изменили лечение, сделав его менее интенсивным, менее дорогим и применимым к более широкому кругу пациентов. Например, в «психоаналитически ориентированной психотерапии» (Александер) или «краткосрочной динамической психотерапии» используются основные психоаналитические методы, но более гибко. Цель может ранжироваться от психологической поддержки до базальных изменений личности, а терапия может состоять из 30 сеансов или меньше. Вместо лежания на кушетке пациент может сидеть в кресле лицом к терапевту и тратить больше времени в разговоре с ним, чем свободно ассоциируя. Терапевт более активен в привлечении внимания пациента к актуальным конфликтам.

3.8. КРИТИКА ПСИХОАНАЛИЗА

Критики психоанализа указывали, что Фрейд основывал свою теорию на наблюдениях за очень непрезентативной группой людей — это были преимущественно женщины из высшего класса Вены. Они были воспитаны в обществе, в котором обсуждение сексуальных проблем считалось неприличным. Более того, сосредоточенность Фрейда на мужском психосексуальном развитии и его убеждение в том, что женщины завидуют мужской анатомии, закрепило за ним ярлык сексиста и привело к отрицанию его идей феминистами.

Некоторые исследователи показали, что конфликты, основанные с точки зрения Фрейда на сексуальном влечении к родителям, могут быть связаны с воспоминанием о сексуальном совращении. Действительно, когда выяснилось, что сексуальное совращение ребенка явление не столь уж редкое, Фрейда обвинили в отказе поверить рассказам его пациентов о совращении родителями или другими взрослыми. Фрейд приписывал эти рассказы пациентов их сексуальным фантазиям и желаниям.

Также были поставлены под сомнение такие основные психоаналитические концепции, как ид, эго, бессознательные конфликты, механизмы защиты. Эти конструкции слишком неопределенные для научного диагностирования. Например, психолог предполагает наличие сильных бессознательных агрессивных импульсов. Подозрение будет подтверждено, если человек часто бывает злым и враждебным. Но если он обычно уравновешен, его спокойствие может быть расценено как защита против агрессивных импульсов. Случающиеся время от времени вспышки гнева могут быть расценены как временная потеря эго-контроля. Короче, почти все, что делает человек, может быть проинтерпретировано как отражение бессознательной агрессии. Предполагается, что проективные тесты выявляют подавленный гнев. Но ценность таких тестов для точного прогнозирования поведения не была подтверждена психологическими исследованиями. В шутку говорят, что позиция психоаналитика беспроигрышна, потому что, если пациент приходит на сеанс раньше времени, то он расценивается как зависимый; если опаздывает — то это показатель наличия у него сопротивления; и, наконец, если он приходит вовремя, то это значит, что он страдает навязчивыми действиями.

Получил критику взгляд Фрейда на человека как существо, движимое главным образом инстинктами и бессознательным. Многое в поведении человека выходит за рамки инстинктивного удовлетворения. Сознательное побуждение достичь высоких личных, социальных и духовных целей также является важной детерминантой поведения. Эго-психологами были модифицированы некоторые концепции Фрейда, что помогло отклонить некоторые критические возражения. Действительно, психоанализ, хотя он теперь и менее популярен, чем прежде, еще достаточно привлекателен. Все же убеждение в том, что психодинамическая теория недооценивает важности принципов научения или сознательного намерения, усилило популярность альтернативных подходов.

Глава 4

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Современная поведенческая психотерапия, как уже говорилось в обзоре основных направлений в психотерапии, не ограничивается приложением принципов и процедур классического и оперантного обусловливания к лечению клинических проблем. Различные подходы в поведенческой терапии отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур. На одном конце континуума процедур поведенческой терапии находится функциональный анализ поведения, который сосредоточивается исключительно на наблюдаемом поведении и отвергает все промежуточные когнитивные процессы; на другом конце — теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые опираются на когнитивные теории.

Поведенческая терапия (называемая также «модификация поведения») — это лечение, которое использует принципы научения для изменения поведения и мышления.

Рассмотрим различные виды научения в их значении для терапии.

4.1. ВИДЫ НАУЧЕНИЯ

4.1.1. Классическое обусловливание

Основы классического обусловливания были созданы в начале XX века И. П. Павловым. В опытах Павлова условный стимул (звонок) сочетается с безусловным стимулом (кормление собаки), между ними устанавливается связь таким образом, что прежде нейтральный условный стимул (звонок) теперь вызывает условную реакцию (выделение слюны).

Прекрасным примером классического обусловливания является эксперимент J. B. Watson. В 1918 г. Watson начал лабораторные эксперименты с детьми, показывая, что опыт научения в детстве имеет длительный эффект. В одном опыте он сначала показал, что девятимесячный мальчик Альберт не боялся белой крысы, кролика и других белых объектов. Затем Watson ударял по стальному бруску рядом с головой Альберта каждый раз, когда появлялась белая крыса. После нескольких ударов Альберт при виде крысы начал вздрагивать, плакать и пытаться отползти. Подобным же образом он реагировал, когда Watson показывал ему другие белые объекты. В этом опыте Watson использовал классическое обусловливание: сочетая громкий звук (безусловный стимул) с предъявлением крысы (условный стимул), он вызывал новую реакцию — условную реакцию страха — на прежде нейтральное животное.

Этот опыт демонстрирует также феномен, открытый Павловым и называемый «генерализацией стимулов». Суть его состоит в том, что если развилась условная реакция, то ее будут вызывать также стимулы, похожие на условный. Watson продемонстрировал, что ребенка можно приучить бояться того, что прежде представлялось безобидным, и этот страх будет распространяться на похожие объекты. Маленький Альберт стал испытывать страх ко всем меховым игрушкам. Из своих опытов Watson сделал вывод, что дети научаются всему, в том числе фобиям.

Другое понятие, пришедшее из лаборатории Павлова и имеющее отношение к поведенческой терапии, — это «различение стимулов» (или «стимульная дискриминация»). Благодаря этому процессу люди научаются различать похожие стимулы. Плач ребенка становится условным стимулом для матери: ее условная реакция может выражаться в том, что она просыпается от глубокого сна при малейшем волнении ребенка, но та же мать может глубоко спать, когда плачет чужой ребенок.

И еще один феномен, открытый Павловым и используемый в поведенческих процедурах. Условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически появляется безусловный стимул. Если же условный стимул не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшаться. Постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами называется «угасанием».

4.1.2. Инструментальное, или оперантное, обусловливание

Не все виды научения можно объяснить классическим обусловливанием. При классическом обусловливании условный и безусловный стимулы предшествуют условной реакции. Но условные связи могут также возникать между реакциями и стимулами, которые следуют за ними, другими словами, между поведением и его последствиями. Например, собака научается «служить», чтобы получить угощение; ребенок научается говорить «пожалуйста», чтобы получить конфетку. Эти реакции являются *инструментами* для получения какой-то награды. Инструментальное обусловливание — это процедура научения, при которой реакции приводят к награждению или желаемому эффекту.

Принципы инструментального научения открыл американский психолог Edward Thorndike примерно в то время, когда Павлов проводил эксперименты в России. Животное, обычно голодная кошка, помещалось в специальную клетку, названную «загадкой», и должна была научиться какой-то реакции — например, наступить на маленький рычаг для того, чтобы открыть дверь и выйти наружу. Когда кошке это удавалось, она награждалась пищей и вновь возвращалась в ящик. После нескольких проб кошка спокойно подходила к рычагу, нажимала на него лапой, выходила через открытую дверь и ела.

Формирование реакции происходило путем проб и ошибок, как результат выбора нужного эталона поведения и последующего его закрепления. Научение, согласно Thorndike, управляется *законом эффекта*. Согласно этому закону, поведение контролируется его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, удовлетворению, закрепляется, и наоборот: не приводящее к положительному результату стирается или ослабляется.

Спустя несколько десятилетий после опубликования работ Thorndike, другой американский психолог, B. Skinner, развил идеи Thorndike. Skinner подчеркивал, что при инструментальном обусловливании животное оперирует со средой, производит какое-нибудь движение, воздействует на среду. Поэтому процесс научения этим реакциям он назвал *оперантным обусловливанием*.

Для изучения оперантного обусловливания Skinner изобрел экспериментальную камеру, получившую название «скиннеровского ящика». Камера полностью контролируется. Она звуко- и светонепроницаема, в ней поддерживается постоянная температура. Она содержит приспособление, которым животное может оперировать, чтобы получить вознаграждение. Например, крыса, нажимая на рычаг, получает пищу из тонкой трубочки. Скиннеровский ящик позволил изучать отношения между реакцией и ее последствиями и анализировать, как эти последствия влияют на поведение.

Оперантное обусловливание подчеркивает, что поведение есть функция его последствий. Поведение усиливается позитивным или негативным подкреплением; оно ослабляется наказанием.

Позитивное подкрепление — это предъявление стимулов, которые усиливают реакцию. Иными словами, это — награждение. Примером может служить учитель, который хвалит ребенка за прилежную учебу.

Негативное подкрепление — это процесс усиления поведения путем изъятия, удаления негативных стимулов, таких как боль, скука, избыток тепла или холода и т. п. Примером может служить прием таблетки анальгина при головной боли. Другой пример: пациент, испытывающий страх в метро, может избежать этого переживания, оставшись дома.

Наказание. И позитивное, и негативное подкрепление усиливают частоту реакции. Наказание уменьшает частоту реакции. Часто путают наказание и негативное подкрепление, они совершенно различны. Подкрепление усиливает поведение, а наказание ослабляет его. Если ток выключается, когда крыса нажимает на рычаг, — это негативное подкрепление; оно увеличивает вероятность того, что крыса нажмет на педаль, когда ток снова включат. Но если ток включается, когда крыса нажимает на рычаг, то это наказание; менее вероятно, что крыса снова нажмет на рычаг.

Дискриминационное научение происходит тогда, когда реакция награждается (или наказывается) в одной ситуации, но не награждается (не наказывается) в другой. В таком случае говорят, что реакция (поведение) находится под *«контролем стимула»*. Этот процесс особенно важен в объяснении гибкости поведения в различных социальных ситуациях. Дискриминация (различение) стимулов позволяет научиться тому, что является подходящим (подкрепляемым) и неподходящим (не подкрепляемым) в данной ситуации. Например, ворчливая жена вряд ли будет бранить мужа в присутствии гостей.

Генерализация состоит в том, что поведение обнаруживается в иных ситуациях, а не только тех, в которых оно было приобретено. Например, терапевт может помочь пациенту стать более уверенным и экспрессивным во время терапии. Но цель терапии в том, чтобы пациент стал более уверенным в реальных жизненных ситуациях, другими словами, очень важно, чтобы произошла генерализация.

При сравнении классических и оперантных условных рефлексов видно, что, во-первых, классическое обусловливание требует повторного парного предъявления нейтрального стимула (звонок) и стимула, вызывающего врожденную, безусловную реакцию (пища). Обеспечение такого предъявления достигается участием экспериментатора. В экспериментах же с оперантным обусловливанием животное само осуществляет перебор стереотипов поведения — и выбор стереотипа, приводящего к достижению результата, протекает активнее. Во-вторых, оперантные рефлексы контролируются их результатом; в экспериментах же с классическим обусловливанием появление условной реакции контролируется предъявлением предшествующего стимула. В реальной жизни большая часто обучения осуществляется по законам формирования оперантных условных рефлексов.

4.1.3. Социальное научение

Научение у людей в большинстве случаев имеет место тогда, когда они находятся с другими людьми. И в большинстве случаев научение следует принципам инструментального и классического обусловливания. Согласно тради-

ционным взглядам на обусловливание, для того чтобы произошло научение, организм должен иметь непосредственный, личный опыт с сочетаниями стимулов или с последствиями реакций (поведения). Теоретики же *социального научения* утверждают, что люди также *учатся* на опыте других, посредством процессов, известных как *«викарное обусловливание» и «викарное научение (или моделирование)*.

Викарное обусловливаие может быть классическим и инструментальным. Посредством викарного классического обусловливания, например, на основе поведения какого-либо человека у нас может возникнуть и закрепиться эмоциональная реакция на определенный стимул. Скажем, ваш друг восхищается каким-то писателем. Его эмоция может действовать как безусловный стимул, который вызывает подобную же реакцию у вас (безусловную реакцию). Поскольку имя писателя сочетается с безусловным стимулом, то оно может стать для вас условным стимулом. И хотя вы сами не читали книг этого писателя, его имя вызывает у вас положительную эмоциональную реакцию (условную реакцию).

Викарное инструментальное обусловливание демонстрируют опыты Albert Bandura. Маленьким детям был показан короткий фильм с участием мужчины и большой надувной куклы. Мужчина бил куклу кулаком по лицу, молотком по голове, пинал ее, бросал в нее различные предметы. Но финалы в этом фильме были различными. Одни дети смотрели фильм с окончанием, в котором агрессивного героя фильма другой мужчина назвал «чемпионом» и угощал сладостями и напитками; другие дети смотрели, как «героя» ругали и называли «плохим человеком», и, наконец, третьи дети смотрели фильм, в котором не было ни награждения, ни наказания героя. После фильма каждому ребенку было позволено одному поиграть с куклой. Было обнаружено, что имитация агрессивной модели поведения была наибольшей у детей, которые наблюдали награждение. Таким образом, подкрепление, которое дети видели в фильме, они непосредственно не переживали, но оно влияло на их поведение.

Опыты с куклой показали, что научение может осуществляться не только посредством прямого обусловливания, но также и посредством викарного (замещающего) обусловливания. Викарное научение — это способность обучаться новому поведению, наблюдая поведение других.

Bandura также показал,что дети научаются и имитируют поведение взрослых, даже если оно не сопровождается награждением. В одном эксперименте детям показывали фильм, в котором мужчина или сидел спокойно рядом с куклой, или с неистовством набрасывался на нее. Потом детей оставляли одних в комнате с куклой. Те дети, которые наблюдали агрессивное поведение, были более агрессивны. Более того, они в точности повторяли те формы агрессивного поведения, которые они видели, то есть научение возможно без подкрепления. (Следовательно, закон эффекта Thorndike не является универсальным.)

4.2. ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЕЕ ЦЕЛИ

Поведенческую терапию характеризуют два основных положения, которые отличают ее от других терапевтических подходов. Первое положение: в основе поведенческой терапии лежит модель научения человеческого поведения — психологическая модель, которая фундаментально отличается от психодинамической, — квазинозологической, — модели психического заболевания. Второе положение: приверженность научному методу.

Из этих двух основных положений вытекают следующие (G. Terence Wilson):

1. Многие случаи патологического поведения, которые прежде рассматривались как болезни или как симптомы болезни, с точки зрения поведенческой терапии представляют собой непатологические «проблемы жизни». К таким проблемам относятся прежде всего тревожные реакции, сексуальные отклонения, расстройства поведения.

2. Патологическое поведение является в основном приобретенным и поддерживается теми же способами, что и нормальное поведение. Его можно лечить, применяя поведенческие процедуры.

3. Поведенческая диагностика в большей степени сосредоточивается на детерминантах настоящего поведения, чем на анализе прошлой жизни. Отличительным признаком поведенческой диагностики является ее *специфичность:* человека можно лучше понять, описать и оценить по тому, что он делает в конкретной ситуации.

4. Лечение требует предварительного анализа проблемы, выделение в ней отдельных компонентов. Затем эти специфические компоненты подвергаются систематическому воздействию поведенческих процедур.

5. Стратегии лечения разрабатываются индивидуально к различным проблемам у различных индивидов.

6. Понимание происхождения психологической проблемы (психогенеза) не существенно для осуществления поведенческих изменений; успех в изменении проблемного поведения не подразумевает знания его этиологии.

7. Поведенческая терапия основана на научном подходе. Это значит, во-первых, что она отталкивается от ясной концептуальной основы, которая может быть проверена экспериментально; во-вторых, терапия согласуется с содержанием и методом экспериментально-клинической психологии; в-третьих, используемые техники можно описать с достаточной точностью для того, чтобы измерить их объективно или чтобы повторить их; в-четвертых, терапевтические методы и концепции можно оценить экспериментально.

Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы в результате лечения пациент приобрел так называемый *«коррективный опыт научения»*. Коррективный опыт научения предполагает приобретение новых умений совладания (копинг-умений), повышение коммуникативной компетентности, преодоление

дезадаптивных стереотипов и деструктивных эмоциональных конфликтов. В современной поведенческой терапии этот коррективный опыт научения вызывает большие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах функционирования, а не ограничивается модификацией узкого диапазона паттернов ответных реакций в открытом поведении.

Коррективный опыт научения является результатом широкого диапазона различных поведенческих стратегий, которые осуществляются как в ходе лечебных сеансов, так и между сеансами терапии. Научение тщательно структурируется. Одной из отличительных черт поведенческого подхода является высокая активность пациента в реальной жизни между терапевтическими сеансами. Пациентам предлагается, например, практиковать релаксационный тренинг, контролировать ежедневное потребление калорий, совершать различные самоутверждающие действия, сталкиваться с ситуациями, вызывающими тревогу, воздерживаться от выполнения навязчивых ритуалов. Однако поведенческая терапия не является односторонним процессом влияния терапевта на пациента, направленным на вызов изменений в его убеждениях и поведении. Терапия предполагает динамическое взаимодействие между терапевтом и пациентом. Решающим фактором терапии является мотивация пациента. Сопротивление изменению и отсутствие мотивации являются причинами неудачного лечения.

4.3. ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ОЦЕНКА ПРОБЛЕМЫ

Поведенческую терапию начинают с идентификации и понимания проблемы пациента. Терапевт стремится получить подробную информацию о проблеме пациента: о том, как началось расстройство, какова его тяжесть, частота проявлений. Что пациент предпринимал для преодоления проблемы? Что он думает о своей проблеме, обращался ли он прежде к терапевтам? Чтобы получить ответ на эти вопросы, которые могут быть болезненными для пациента и смущать его, необходимо предварительно установить с пациентом отношения доверия и взаимного понимания. Поэтому терапевт внимательно слушает и стремится к эмпатическому контакту.

Затем терапевт проводит функциональный анализ проблемы, пытаясь определить специфические ситуационные и личностные переменные, которые поддерживают дезадаптивные мысли, чувства и поведение. Акцент на переменных, поддерживающих проблему в настоящий момент, не означает игнорирование истории пациента. Однако прошлый опыт важен только в той степени, в какой он все еще активен в возникновении настоящего дисстресса.

В поведенчески ориентированном интервью терапевт редко задает пациенту вопрос «почему», например, «почему Вы испытываете страх в толпе?» Более полезны для идентификации личностных и ситуационных переменных, поддерживающих в настоящем проблемы пациента, вопросы, начинающиеся с «как», «когда», «где» и «что». Терапевт полагается, главным образом, на самоотчеты пациентов, в частности в оценке мыслей, фантазий и чувств. Такие самоотчеты являются более надежными предсказателями поведения, чем суждения клиницистов или результаты личностных тестов.

Один из методов оценки реакций пациентов в специфических ситуациях — символическое воссоздание пациентом проблематичной жизненной ситуации. Вместо того, чтобы пациенты просто рассказали о событии, терапевт просит их представить эти события так, как если бы они происходили в настоящий момент. Когда пациенты вызывают ситуацию в воображении, их просят вербализовать любые мысли, которые приходят на ум — это особенно полезный способ открытия специфических мыслей, связанных со специфическими событиями.

Другой способ оценки реакций пациента в специфических ситуациях — *ролевая игра*. Пациента просят проиграть ситуацию, а не описывать или воображать ее. Этот метод особенно хорош для оценки межличностных проблем. При этом терапевт принимает роль человека, с которым связаны проблемы пациента. С помощью ролевой игры терапевт получает образец проблемного поведения, хотя и полученный в несколько искусственных условиях. Если терапевт оценивает супружескую пару, то он просит обоих партнеров обсудить выбранные трудные вопросы. Это дает терапевту возможность непосредственно наблюдать и оценивать их межличностную компетентность и способность решать конфликт.

Одним из важных способов поведенческой оценки является *самоконтроль.* Пациенты ведут ежедневные детальные записи специфических событий или психологических реакций. Пациентам с избыточным весом, например, предлагают контролировать ежедневное потребление калорий, оценивать усилия по осуществлению запланированной физической деятельности, отмечать условия, при которых они лишний раз перекусывают или переедают и т. д. Таким способом выявляются поведенческие стереотипы, имеющие отношение к проблемам пациентов.

Наиболее ценным методом оценки открытого поведения является наблюдение за поведением пациента в естественных условиях. С этой целью поведенческими терапевтами разработаны специальные процедуры, предназначенные для прямого измерения поведения. Эти процедуры наиболее часто используются с детьми в школах и дома или с госпитализированными пациентами в клиниках. Родители, учителя, воспитатели, обслуживающий персонал получают инструктаж по наблюдению за поведением. После того, как они приобретают навыки по наблюдению за поведением, их обучают проводить поведенческий анализ проблемы и затем инструктируют, как изменить свое собственное поведение, чтобы модифицировать проблемное поведение пациента.

Наконец, поведенческие терапевты используют *психологическое тестирование.* Причем они не пользуются стандартизированными психодиагностическими тестами, основанными на теории личностных черт. Тесты, подобные MMPI, могут быть полезны для получения общей картины личности пациента, но они не дают информации, необходимой для функционального анализа поведения или для выработки стратегии терапевтического вмешательства. Проективные тесты отвергаются, поскольку, во-первых, они основаны на психодинамической теории, а во-вторых, не доказана их валидность. Поведенческие терапевты используют следующие вопросники:

1. Вопросник страха Маркса и Мэтьюса (Marks and Mathews Fear Questionnaire).
2. Депресивная шкала Бека (Beck Depression Inventory).
3. Вопросник Ратуса *для* оценки утвердительного поведения (Rathus Questionnaire).
4. Шкала супружеской адаптации Лока и Уоллиса (Lock and Wallace invantory of marital adjustment).

Эти оценочные средства недостаточны для проведения функционального анализа проблемы, но полезны для суждения об интенсивности проблемы и оценки эффективности поведенческой терапии.

4.4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

4.4.1. Систематическая десенситизация

Официальное начало поведенческой терапии связывается с именем Joseph Wolpe. Wolpe определял невротическое поведение как «закрепившуюся привычку неадаптивного поведения, приобретенного в результате научения». Принципиальное значение отводится тревоге, которая является составной частью ситуации, в которой происходит невротическое научение, а также составной частью невротического синдрома. Тревога, согласно Wolpe, представляет собой «стойкий ответ автономной нервной системы, приобретенный в процессе классического обусловливания». Wolpe разработал специальную технику, предназначенную для погашения этих условных автономных реакций — *систематическую десенситизацию.*

Для объяснения механизма психотерапевтического воздействия Wolpe создал теорию реципрокного торможения. Речь идет о торможении тревожных реакций в результате одновременного вызывания других реакций, которые с физиологической точки зрения являются антагонистическими по отношению к тревоге, несовместимы с ней. Если несовместимая с тревогой реакция вызывается одновременно с импульсом, который до сих пор вызывал тревогу, то условная связь между этим импульсом и тревогой ослабевает. Такими антагонистическими реакциями по отношению к тревоге являются прием пищи, реакция самоутверждения, половые реакции и состояние релаксации.

Самым действенным стимулом в устранении тревоги оказалась мышечная релаксация. Wolpe использовал технику *прогрессивной мышечной релаксации (J.* Jacobson). Обучив пациента технике глубокой релаксации, переходят ко второму шагу — составлению иерархии ситуаций, вызывающих страх. Далее пациенту, находящемуся в состоянии релаксации, предлагается ярко представлять себе ситуацию, занимающую самую низкую позицию в иерархии, то есть наименее ассоциированную со страхом.

В качестве примера приводятся пятнадцать сцен из иерархии, предложенной пациенту со страхом полета в самолете (D. Bernstein, E. Roy и соавт.):

1. Вы читаете газету и замечаете объявление авиакомпании.
2. Вы смотрите телевизионную программу и видите группу людей, садящихся в самолет.
3. Ваш шеф говорит, что вам нужно совершить деловую поездку на самолете.
4. Остается две недели до вашей поездки, и вы просите секретаря забронировать билет на самолет.
5. Вы в своей спальне, укладываете чемодан для поездки.
6. Вы принимаете душ утром перед поездкой.
7. Вы в такси по пути в аэропорт.
8. Вы проходите регистрацию в аэропорту.

9. Вы в зале ожидания и слышите объявление о посадке на ваш рейс.

10. Вы стоите в очереди перед трапом самолета.

11. Вы сидите на своем месте в самолете и слышите, как начинает работать двигатель самолета.

12. Самолет приходит в движение, и вы слышите голос стюардессы: «Застегните ремни, пожалуйста».

13. Вы смотрите в окно, когда самолет начинает разбегаться по дорожке.

14. Вы смотрите в окно в то время, как самолет собирается взлететь.

15. Вы смотрите в окно, когда самолет отрывается от земли.

При другом варианте систематическая десенситизация осуществляется не в представлении, а in vivo, путем реального погружения в фобическую ситуацию. Этот вариант представляет большие технические трудности, но, по мнению ряда авторов, он более эффективен, может применяться для лечения больных с плохой способностью вызывать представления. В литературе приводится случай, когда человек, страдающий клаустрофобией, научился переносить возрастающее ограничение до такой степени, что чувствовал себя комфортно в застегнутом на молнию спальном мешке.

Систематическая десенситизация может проводиться по методике, называемой *фединг* (затухание), при которой вместо стимуляции воображения используются слайды с изображением объекта фобии или специальные кинофильмы, содержание сцены, вызывающие страх (например, сцены полета на самолете при фобии полетов).

4.4.2. Методы, основанные на угасании

Эти методы, называемые также *иммерсией* (погружением), основаны на прямом предъявлении объекта страха без предварительной релаксации. В основе этих методов лежит механизм угасания, открытый И. П. Павловым, согласно которому предъявление условного стимула без подкрепления безусловным ведет к исчезновению условной реакции. К иммерсионным методам относятся «наводнение», «имплозия», «парадоксальная интенция».

При методике «наводнения» пациент вместе с психотерапевтом оказывается в ситуации, в которой у него возникает страх, но безвредной для него, и находится в этой ситуации до тех пор, пока страх не уменьшится. Важно, что при этом должна быть исключена возможность скрытого избегания страха. Например, во время поездки в транспорте пациент старается отвлечь свое внимание (думать о чем-нибудь приятном или вступать в разговор с окружающими), снижая тем самым интенсивность своего страха. Пациенту следует объяснить, что скрытое избегание подкрепляет поведение избегания. Во время сеанса наводнения пациент должен испытывать как можно более сильную эмоцию страха.

Имплозия — это методика наводнения в воображении. В общих чертах повторяет методику систематической десенситизации, но проводится без сопутствующей релаксации. Вначале составляется иерархия страхов, затем пе-

реходят к собственно имплозии — к представлению ситуаций страха. Уровень вовлеченности пациента и интенсивности испытываемого им страха терапевт оценивает по поведению пациента (по двигательной активности, напряжению мышц, мимике, вегетативным реакциям). Задача терапевта — поддерживать достаточно высокий уровень страха. Если уровень тревоги снижается, **врач** вводит дополнительные описания ситуации, чтобы усилить страх. Например, пациента, страдающего фобией змей, просят вообразить, что он берет змею в руки; по мере снижения уровня страха пациента можно попросить представить, что змея кусает его в палец, лицо и т. п. Фантазия терапевта здесь может быть безграничной. Необходимо стремиться к тому, чтобы поддерживать достаточно высокий уровень страха в течение 40-45 минут.

Парадоксальная интенция — это метод иммерсии, предложенный Viktor Frank]. Существенным патогенным фактором в этиологии неврозов Frankl . считал так называемую «опережающую тревогу». Опережающая тревога часто вызывает именно ту ситуацию, которой опасается больной. Другим патогенным фактором в этиологии неврозов, по Frankl, выступает чрезмерно интенсивное стремление (интенция). Чрезмерное стремление затрудняет осуществление цели. На этих фактах Frankl основывает технику парадоксальной интенции.

При этой методике пациенту предлагается прекратить борьбу с симптомом и вместо этого умышленно вызывать его и даже стараться усиливать его. Методика предполагает кардинальное изменение установки больного по отношению к своему симптому, своей болезни. Этот метод включает не только перевертывание отношения больного к своей фобии, но также и юмористическую установку при его использовании. Попросту говоря, пациент должен отстраниться от своего невроза, посмеявшись над ним. Frankl приводит слова Allport, который говорил, что «невротик, научившийся смеяться над собой, уже стоит на пути к овладению собой, а может быть, и к излечению».

Frankl рассказывает случай одного мальчика, страдающего сильным заиканием. Однажды он ехал в трамвае «зайцем». Застигнутый кондуктором, он решил, что единственный способ выпутаться, — это вызвать в кондукторе жалость к «бедному маленькому заике». Но стараясь заикаться, он никак не мог этого сделать! Не подозревая об этом, он прибег к парадоксальному намерению, хотя отнюдь не в лечебных целях.

4.4.3. Моделирование

Терапевты часто обучают пациентов желаемому поведению, демонстрируя, или моделируя его. Например, десенситизация in vivo может быть особенно эффективной, когда терапевт показывает пациенту, как нужно вести себя спокойно в ситуациях, вызывающих чувство страха. В одном случае терапевт показал пациентке, страдающей сильной фобией пауков, как убивать пауков хлопушкой, и научил ее этому искусству дома с помощью набора резиновых пауков (MacDonald и Bernstein).

4.4.4. Тренинг самоуверенного поведения и социальных умений

Эта методика предназначена для неуверенных пациентов, которые неспособны открыто выражать свои чувства и не умеют отстаивать свои законные права. Они часто эксплуатируются другими, испытывают тревогу в социальных ситуациях и страдают от низкого самоуважения. Как и техники систематической десенситизации, тренинг самоуверенности также основан на использовании реакции, антагонистичной страху: активное, самоутверждающее поведение несовместимо с чувствами страха и тревоги. Человек, страдающий социофобией, избегает встреч с людьми из-за возможных негативных последствий: пассивность, неуверенность, робость, дефензивное поведение, как правило, не вызывают одобрения у других людей.

Тренинг проводится в группах. В процессе занятий пациент убеждается, что самоутверждающее поведение приводит к изменению реакций окружающих. Это в свою очередь подкрепляет такое поведение, приводит к повышению самооценки и еще большей уверенности в себе. Заметим, что самоутверждающее поведение не означает агрессивности, скорее это прямое выражение как позитивных, так и негативных чувств в отстаивании своих прав при уважении прав других.

Моделирование и ролевые игры являются главными техническими средствами тренинга самоуверенности. Терапевт помогает пациентам быть более открытыми и экспрессивными в социальных ситуациях. Например, пациент, который боится попросить повышение заработной платы, может приобрести необходимые умения, несколько раз проигрывая в ролевой игре эту ситуацию с терапевтом или другими членами группы. Внимание придается развитию невербального и вербального экспрессивного поведения, то есть телесным позам, постановке голоса, контакту глаз. Затем терапевт поощряет пациента выполнять утвердительные действия в реальной обстановке для того, чтобы обеспечить генерализацию.

Помимо усиления утвердительного поведения тренинг предназначен для улучшения коммуникативных способностей, включая активное слушание, предоставление обратной связи, установление доверия через самораскрытие.

4.4.5. Позитивное подкрепление

В методиках позитивного подкрепления используются принципы оперантного обусловливания для установления связей между поведением и его последствиями. Подкрепление систематически используется терапевтами для изменения проблематичного поведения — от грызения ногтей, детской возбудимости и подростковой делинквентности до шизофрении и отказа от пищи.

Пример. Анна, четырехлетняя девочка, нормально общалась с учителями и другими взрослыми людьми, но была робка, молчалива и замкнута с детьми. Психолог, работающий в школе, заметил, что учителя неумышленно награжда-

ли ее замкнутость чрезмерным вниманием и уговорами. Тогда была разработана программа модификации поведения девочки. Учителя должны были уделять внимание Анне только тогда, когда она играла с другими детьми или по крайней мере находилась вблизи от них. Позднее учителя стали награждать Анну только за настоящее взаимодействие с детьми. Игры в одиночестве также игнорировались. В результате Анна начала проводить больше времени с детьми, чем со взрослыми (Allen и соавт.).

Чтобы улучшить поведение пациентов с выраженными нарушениями личности или умственной отсталостью, находящихся в психиатрических учреждениях, поведенческие терапевты разработали так называемую *жетонную систему* (Ayllon и Azrin), при которой желаемое поведение награждается жетонами, которые больные затем обменивают на сладости, прогулки, просмотр телевизора и другие привилегии. Персонал в сотрудничестве с пациентом (когда это возможно) составляет список желаемых целей поведения (мишеней поведения) в зависимости от особенностей поведения каждого пациента. Эти цели могут состоять в требовании говорить яснее, выполнять домашнее задание, играть с другими детьми, приводить в порядок постель и т. д. Затем устанавливается прейскурант, согласно которому пациент получает определенное количество жетонов сразу после достижения той или иной цели поведения.

Жетонная система может быть очень эффективной в изменении поведения. В некоторых исследованиях показано, что у психически больных с выраженными апатоабулическими изменениями личности жетонная система улучшила существенным образом их внешний вид, социальное взаимодействие, манеры за столом, и в то же время уменьшила странности в поведении. Самым существенным было то, что жетонная система подготовила пациентов с выраженными расстройствами поведения к жизни вне стен психиатрической больницы (Ayllon и Azrin).

4.4.6. Техника вызывания отвращения

Техника вызывания отвращения (аверзивная терапия) использует принципы классического обусловливания. Так, например, алкоголизм лечат сочетанием небольших доз спиртного с веществами, вызывающими рвоту или другие неприятные ощущения. Удары электрического тока применяют для устранения невротического заикания, дрожания рук, половых извращений, ночного энуреза.

Описываемый вид терапии впервые был обоснован В. М. Бехтеревым. Им было указано на то, что при лечении хронического алкоголизма давно применявшимся сочетанием алкоголя с веществами, вызывающими рвоту, в основе терапии лежит выработка рвотного условного («сочетательного», по Бехтереву) рефлекса. Метод лечения алкоголизма впрыскиванием апоморфина перед приемом алкоголя был впервые применен в России И. Ф. Случевским и А. А. Фрикеном в 1933 г.

4.4.7. Наказание

В отличие от аверсивного обусловливания, при котором неприятный стимул сочетается с нежелательным поведением, наказание следует после нежелательного поведения. Например, пациенту с треморной формой писчего спазма предлагается освоить задачу попадания металлической палочкой в ряд отверстий все уменьшающегося диаметра, расположенных на пластине. Точное попадание в эти отверстия избавляет его от электрического разряда. Наличие тремора ведет к попаданию в края отверстия и к замыканию электрической цепи. Пациент при этом испытывает удар электрического тока. При спастической форме писчего спазма пациент пользуется специальной авторучкой, излишнее давление на которую приводит также к замыканию электрической цепи и, следовательно, к наказанию. В процессе тренировок пациент обучается расслаблять нужные группы мышц.

4.4.8. Процедуры самоконтроля

Поведенческие терапевты стремятся к тому, чтобы пациенты (и дети, и взрослые) играли активную роль в определении целей лечения и в выполнении терапевтической программы. Для этого используется много процедур самоконтроля (Bandura.Kanfer). Самоконтроль является основой успешной саморегуляции поведения. Благодаря ему пациенты начинают лучше осознавать свои специфические проблемы и действия. Терапевт помогает пациенту определять цели или устанавливать стандарты, управляющие поведением. При лечении избыточного веса, например, совместно устанавливается ежедневное потребление калорий. Вероятность успешного самоконтроля повышается при формулировании предельно специфических, ясных и краткосрочных целей. Например, нельзя формулировать цель в такой неопределенной форме, как: «Со следующей недели я ограничу себя в еде»; нужна четкая и конкретная постановка: «Я буду потреблять в день не более 1200 калорий». Неудача в достижении нечетких целей вызывает негативную самооценку у пациентов, в то время как успешное выполнение конкретных и ясных целей ведет к самоподкреплению, что усиливает вероятность того, что саморегуляторное поведение будет поддерживаться и дальше.

В качестве одного из методов самоконтроля можно рассматривать прогрессивный релаксационный тренинг, применяемый для преодоления стрессовых реакций, включая бессонницу, головные боли и гипертонию. Методы биологической обратной связи, используемые для лечения различных психосоматических расстройств, также относятся к категории процедур самоконтроля.

4.4.9. Когнитивное реструктурирование

Терапевтические методы этой категории основываются на предположении, что эмоциональные расстройства являются результатом дезадаптивных сте-

реотипов мышления (когниций). В задачу *когнитивного реструктурирования* (R. Lazarus) входит изменение этих порочных когниций. Терапевты обучают пациентов заменять в стрессовых ситуациях (публичное выступление, экзамен, неприятный разговор) дезадаптивные когниций на спокойные, разумные мысли типа: «Спокойно, ты справишься с этим, если только сконцентрируешься на задаче и отбросишь мысли о том, чтобы быть совершенным». Среди этих методов широко известен *«тренинг прививки стресса»* (D. Meichenbaum), при котором пациент воображает, что находится в стрессовой ситуации и использует при этом приобретенные им новые когнитивные навыки. Рационально-эмотивная терапия Ellis и когнитивная терапия Beck также являются формами когнитивного реконструирования, сочетающими когнитивный и поведенческий методы.

4.5. ПРИМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙТЕРАПИИ

1. *Тревожные состояния.* Клинические исследования в различных странах показали, что поведенческая терапия эффективна при лечении фобических расстройств, более того, *поведенческая терапия является лечением выбора при фобиях.* Главной техникой является систематическая экспозиция (понятие «экспозиция» объединяет все техники, основанные на предъявлении объекта страха); дополнительно при некоторых агорафобических нарушениях используются когнитивно-поведенческие стратегии (когнитивное реструктурирование, поведенческая супружеская терапия и др.). Большинство пациентов вылечивается, и это подтверждается катамнестическими сведениями длительностью от 5 до 9 лет. Терапевтические неудачи отмечаются у 10-40% больных при агорафобии (G. T. Wilson).

2. *Сексуальные нарушения.* Общепризнано, что поведенческая терапия является предпочитаемой при сексуальных расстройствах, таких как импотенция, преждевременная эякуляция, оргазмические дисфункции и вагинизм. Наиболее известный пример — двухнедельная программа лечения сексуальных дисфункций (Masters и Johnson).

3. *Межличностные и супружеские проблемы.* Тренинг социальных умений и тренинг утвердительного поведения используются в широком диапазоне межличностных проблем — от ограничения социально-поведенческого репертуара до социофобии. Поведенческая супружеская терапия (Jacobson и Margolin) — метод обучения партнеров позитивным и продуктивным способам достижения желаемых поведенческих изменений друг в друге.

4. *Хронические психические расстройства.* Поведенческая терапия не эффективна при острых психических расстройствах. Поведенческие процедуры (преимущественно жетонная система) являются методом выбора у пациентов с выраженными изменениями личности и низким уровнем самообслуживания (Paul и Lentz).

5. *Детская психопатология.* С самого начала возникновения поведенческой терапии ее методы используются при лечении различных видов нарушений в детском возрасте. Сюда относятся нарушения поведения, агрессивность, делинквентность. Жетонное подкрепление широко используется при лечении гиперактивного поведения. Успех поведенческой терапии в улучшении успеваемости гиперактивных детей приводит к убеждению, что поведенческая терапия должна дополнять широко распространенную медикаментозную терапию для контроля гиперактивности, или даже являться альтернативой лекарственной терапии в некоторых случаях (O'Leary).

Общепризнано, что *аутизм* является особенно тяжелым расстройством детского возраста с плохим прогнозом. Традиционные психологические методы

лечения и фармакотерапия оказались неэффективными. Поведенческие же методы достигли здесь заметного успеха. По сообщению Lovaas интенсивное, длительное поведенческое лечение аутистичных детей в 47% случаев приводит к нормальному интеллектуальному и поведенческому функционированию. Другие 40% обнаруживали легкое отставание и направлялись в школы для детей с речевыми задержками. В контрольной группе аутистичных детей только 2% достигали нормального функционирования. Эти результаты являются самыми лучшими, полученными когда-либо при лечении аутистичных детей.

Энурез оказался одной из наиболее курабельных проблем при лечении методами поведенческой терапии.

4.6. ТАКТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Некоторые клинические детали поведенческого (точнее, когнитивно-поведенческого) подхода к терапии могут быть проиллюстрированы на примере агорафобии — сложного тревожного расстройства.

Вначале терапевт внимательно оценивает проблему пациента и переменные, которые ее поддерживают. Последующее лечение может быть различным, но центральной частью терапии становится какая-нибудь форма экспозиции in vivo. Терапевт вместе с пациентом разрабатывает иерархию ситуаций, вызывающих страх, которых пациент избегает. Далее следует систематическая экспозиция этих ситуаций до тех пор, пока избегание не уменьшается и страх не исчезает.

Пациенту объясняют процедуры лечения и их смысл. Его проблемы интерпретируются как реакции страха —избегания, приобретенные в результате научения, которые могут быть преодолены с помощью переучивания. Терапевт подчеркивает важность систематической экспозиции, противопоставляя ее несистематическим и непродуманным попыткам пациентов слишком быстро входить в ситуации страха, что является типичной ошибкой.

Подготовка к каждой экспозиции включает три момента: 1) узнавание и принятие чувства страха; 2) идентификация когнитивных искажений, которые вызывают или усиливают страх; 3) противодействие когнитивным искажениям. Вместо катастрофизации («О, нет! Опять это! Мне страшно!») пациентов обучают самоинструкциям, полезным для совладания (например: «Эта тревога неприятна, но не опасна. Это пройдет. Подумай, что можно сделать сейчас. Без паники»). Эти подготовительные копинг-реакции часто репетируются в воображении.

Терапевт может сопровождать пациента во время экспозиции in vivo, обеспечивая поддержку и социальное подкрепление. Хотя терапевт относится с сочувствием к пациенту, испытывающему страх, он остается твердым в необходимости систематической экспозиции. Железное правило состоит в том, что если пациент вошел в ситуацию страха, из нее нельзя выходить, пока страх не уменьшится. Пациентам разрешается ретироваться, если это абсолютно необходимо, но так, как это предварительно совместно оговорено. Во-первых, недопустим резкий выход из ситуации: пациенты пытаются оставаться в ситуации так долго, как только можно, даже если они испытывают значительный дискомфорт. Во-вторых, если они не могут оставаться в ситуации, они выходят из нее запланированным способом, а не спасаются бегством. Если, например, ситуацией является супермаркет, они перемещаются в менее людное место магазина и пытаются успокоиться. Если это не удается, они выходят из магазина, но не бросаются в «безопасное» место, а как можно скорее пытаются снова войти в магазин.

После экспозиции терапевт и пациент анализируют то, что имело место. Это дает возможность терапевту понять, как пациент интерпретирует свой опыт,

и обнаружить иррациональные когнитивные процессы. Например, пациенты, страдающие агорафобией, склонны обесценивать позитивные достижения: они не всегда приписывают успех опыта своим копинг-способностям, и поэтому не достигают эффекта.

Пациентам дается домашнее задание — специфические инструкции о том, как проводить экспозиции дома. Им предлагают ежедневно детально записывать все, что они делали, чувствовали, с какими проблемами сталкивались. Эти самоотчеты просматриваются терапевтом перед началом следующей встречи. Помимо того, что эти записи дают терапевту информацию о прогрессе в лечении, они способствуют процессу изменения когниций пациентов. Например, из-за своего негативного мышления пациенты часто сетуют на слабую эффективность лечения. Терапевт может указать на специфические успехи, отмеченные в дневниковых записях, которые пациенты не приняли достаточно серьезно.

Домашние задания требуют активного сотрудничества супруга или других членов семьи. Терапевт приглашает супруга на один сеанс, чтобы оценить его желание и способность обеспечить необходимую поддержку, а также объяснить ему, что требуется. Mathews и соавт. написали терапевтические учебники для страдающих агорафобией и их супругов, в которых они описывают каждый шаг экспозиции in vivo и подчеркивают общую ответственность.

Нередко агорафобики терпят неудачу при выполнении домашних заданий. Имеется несколько возможных причин этого — от плохо составленного задания до сопротивления изменению. Все эти причины должны быть рассмотрены, когда терапевт анализирует причины невыполнения его назначений (причины «нонкомплайенса»). Другая возможность состоит в том, что супруг не склонен к сотрудничеству и даже пытается саботировать терапию. Одно из преимуществ включения супруга в терапию состоит в том, что его сопротивление быстро открывается и к нему можно прямо обратиться в терапевтических сеансах. Супружеская терапия может быть необходимой для решения межличностного конфликта, который может блокировать улучшение у пациента.

Могут применяться дополнительные техники к экспозиции in vivo. Они обычно помогают пациентам более конструктивно совладать с различными источниками стресса. Одни пациенты, например, нуждаются в тренинге утвердительного поведения для преодоления стресса, вызванного межличностным конфликтом, другие нуждаются в обучении способам совладания с подавленным гневом.

Наконец, перед завершением лечения, терапевт работает над предупреждением рецидива. Пациентов предупреждают, что, возможно, в будущем они внезапно испытают возвращение страха. Пациенты используют воображение для проецирования в будущее такого рецидива страха и учатся совладать со своими чувствами путем воссоздания прежде успешных копинг-реакций. Их убеждают, что эти чувства вполне нормальны, ограничены во времени и не обязательно сигнализируют о рецидиве. Пациенты постигают, что именно их способ интерпретации своих чувств определяет, возникнет у них рецидив или нет.

Чаще всего поведенческая терапия является краткосрочной, но и терапия, длящаяся от 25 до 50 занятий, — обычное явление. Возможно и более длительное лечение.

В типичных случаях поведенческий терапевт заключает контракт с пациентом на проведение лечения длительностью от двух до трех месяцев (приблизительно 8-12 занятий) и в конце этого лечения оценивает его. Отсутствие улучшения является поводом для терапевта пересмотреть, точно ли им концептуализирована проблема пациента, использует ли он подходящие техники или нужно применить другие, нет ли каких-то личных проблем у него как терапевта, не будет ли передача больного другому терапевту или использование другой формы лечения более полезным. При завершении лечения терапевт обычно избегает внезапного его прекращения. Имеет место постепенное сокращение числа занятий от одного раза в неделю до одного раза в две недели, до одного раза в месяц и т. д. Кроме того, постепенно уменьшается активность терапевта, занятия могут быть короче, чем прежде, иногда это могут быть контакты с пациентом по телефону.

4.7. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Этот случай заимствован у G. T. Wilson и K. D. O'Leary.

Пациент Б., 35 лет, из благополучной семьи, женат, имеет двух сыновей 8 и 5 лет. Он страдает упорным эксгибиционизмом на протяжении последних 20 лет: неожиданно перед взрослыми женщинами обнажает гениталии примерно 5-6 раз в неделю. 15 лет психоаналитического лечения (с перерывами), несколько госпитализаций в психиатрические стационары и 6 лет тюремного заключения за девиантное сексуальное поведение не помогли пациенту изменить свое явно неконтролируемое поведение. В настоящее время ему предъявлено судебное обвинение в том, что он обнажался перед взрослой женщиной в присутствии детей. Стало очевидным, что ему грозит пожизненное заключение в связи с частыми нарушениями закона и неэффективностью длительного и дорогого психиатрического лечения. Незадолго до явки в суд психоаналитик пациента направил его к поведенческому терапевту испытать последний шанс.

Пациент был госпитализирован и ежедневно в течение полутора месяцев проходил курс психотерапии — всего около 50 часов. Уделив некоторое время на развитие доверительных отношений, так чтобы пациент чувствовал себя комфортно, раскрывая интимные подробности своих проблем, терапевт провел ряд интенсивных бесед для определения специфических социальных и психологических факторов, которые поддерживали девиантное поведение пациента. С разрешения пациента были также опрошены его родители и жена.

Чтобы получить образец его эксгибиционистского поведения, в больнице была организована ситуация, которая близко напоминала условия, при которых пациент эксгибиционировал в реальной жизни. Две привлекательные женщины (из персонала клиники) сидели в приемной, читая журналы, а пациенту нужно было войти, сесть напротив них и начать эксгибиционировать. Несмотря на искусственную обстановку, он сильно возбудился и мастурбацией почти довел себя до оргазма. Все происходящее было записано на видеокассету. При просмотре пациентом в последующем этой записи была измерена его реакция на эту сцену путем регистрации степени эрекции.

На основе проведенной оценки поведения была выяснена детальная картина внутренних и внешних стимулов и реакций, приводящих к актам эксгибиционизма. Например, если он, проезжая на машине мимо трамвайной остановки, видел на ней одиноко стоящую женщину, то эта картина каждый раз приводила в движение такой стереотип мыслей и образов, который заставлял его, объехав квартал, вернуться и совершить акт эксгибиционизма. Или гнев, который он испытывал в горячем споре с отцом, и который он не мог сдерживать, также иногда вызывал желание эксгибиционировать. Чем больше пациент думал 06 обнажении, тем навязчивее становилась эта мысль по отношению к конкретной женщине и ее реакциям. Его поведение выходило из-под контроля, и он уже не думал о последствиях своих действий. Пациент надеялся, что жертва будет выражать одобрение его действиям в какой-либо форме — улыбать-

ся или делать сексуально окрашенные комментарии. Хотя иногда так и случалось, однако большинство женщин игнорировали его, а некоторые вызывали полицию.

Пациент думал о поведенческой терапии как о методе, с помощью которого у него выработается условный рефлекс (при этом сам он будет пассивен) и его проблема исчезнет. Терапевт постоянно разрушал его иллюзии, объясняя, что успех может быть достигнут только при его активном участии на всех этапах терапевтической программы. Ему было объяснено также, что не существует автоматического «лечения» его проблемы, но что он сможет научиться новым поведенческим стратегиям самоконтроля, которые, если их применять осознанно и в надлежащее время, дадут ему возможность избежать девиантного сексуального поведения.

Как и в большинстве сложных клинических случаев, при лечении использовалось несколько техник для модификации различных компонентов расстройства. Собственное понимание пациентом своей проблемы состояло в том, что его внезапно охватывало желание, которое он не в состоянии был контролировать, и поэтому его действия были «невольными». Анализ последствий событий, которые каждый раз предшествовали обнажению, изменил убеждение пациента в том, что он не мог контролировать своего поведения. Ему было показано, что он сам превращал относительно слабый начальный импульс к обнажению в непреодолимую навязчивость из-за того, что находился под влиянием неадекватных мыслей и чувств и совершал действия, усиливающие соблазн. Ему объяснили, что разрывать эту патологическую поведенческую цепочку и применять стратегии самоконтроля, которым он научится в процессе лечения, надо в самом начале возникновения желания, когда оно еще слабо. Для этого вначале надо научиться осознавать свои мысли, чувства и поведение и узнавать ранние сигналы опасности.

Поскольку желание обнажаться часто вызывалось у пациента специфическими состояниями напряжения, его научили уменьшать напряжение с помощью прогрессивной релаксации. Применялся также тренинг утвердительного поведения, чтобы помочь пациенту конструктивно совладать с чувством гнева и выражать его приемлемыми способами, а не искать разрядки в девиантном поведении. Используя ролевую игру, терапевт моделировал подходящую реакцию. Кроме того, пациент получал подкрепляющую биологическую обратную связь, когда в результате репетиций находил более эффективные способы реагирования на события, вызывающие гнев. С помощью техники скрытого моделирования пациент научился представлять себя в ряде ситуаций, которые обыкновенно заканчивались обнажением, но при этом реагировать альтернативными способами, например, снимать напряжение с помощью релаксации, выражать гнев подходящим образом, вспоминать о том, что его может задержать полиция, или просто избегать этих ситуаций.

Применялось также аверсивное обусловливание: во время повторных просмотров пациентом видеозаписи эксгибиционистской сцены, в непредсказуемые моменты в наушниках раздавался громкий, субъективно непереносимый, звук полицейской сирены. Если поначалу пациент с удовольствием и сексуальным возбуждением смотрел запись, то постепенно он потерял к ней сексуальный интерес. Он сообщил, что испытывает значительные трудности в сосредоточении внимания на этой сцене, поскольку ожидает пугающих его звуков полицейской сирены. Сирена также систематически сочеталась с рядом представлений различных ситуаций, в которых пациент обнажался. В добавление к этому

пациент научился связывать воображаемые внушающие отвращение (аверсивные) события с перверзными мыслями и образами. Например, воображение такого неприятного события, как задержание полицией, сочеталось с мыслями об эксгибиционизме. Для оценки эффективности лечения в процессе его у пациента периодически оценивали степень сексуального возбуждения при просмотре видеозаписи измерением пениальной эрекции.

Кроме занятий с терапевтом пациент получал домашние задания, которые включали, прежде всего, самоконтроль и ведение дневниковых записей возникающих перверзных желаний для того, чтобы научиться распознаванию самых ранних признаков рецидива. Другие домашние задания включали: выполнение релаксационных упражнений; связывание в воображении аверсивных образов с перверзными сексуальными фантазиями; репетиция утвердительного поведения (когда оно уместно) при взаимодействии с другими пациентами и персоналом. Степень утвердительного поведения оценивалась персоналом с помощью прямого наблюдения.

Наконец, жена пациента, после разговора с терапевтом о сотрудничестве и очевидных успехов в осуществлении терапевтической программы, согласилась на участие в нескольких совместных занятиях с мужем, в которых использовались поведенческие методы улучшения коммуникации и взаимодействия супругов. Хотя поведенческая диагностика показала, что эксгибиционистское поведение пациента не являлось прямым результатом несчастливого брака или отсутствия сексуального поведения с женой, терапевт исходил из того, что улучшение функционирования в этой сфере поможет пациенту укрепить и поддержать контроль, приобретенный им в ходе выполнения программы, над отклоняющимся сексуальным поведением.

После выписки из больницы пациент продолжал контролировать мысли и чувства, связанные с эксгибиционизмом, систематически занимался релаксацией, упражнялся в сочетании аверсивных образов с мыслями об обнажении. Каждую неделю он отсылал свои записи на анализ терапевту — процедура, предназначенная для генерализации изменений в реальной жизни и поддержания самоконтроля. Для закрепления достигнутых успехов через четыре месяца после выписки пациент вернулся в больницу на недельный срок для интенсивного лечения по той же терапевтической программе.

Благодаря рекомендации терапевта суд приговорил пациента условно. Катамнез длительностью в пять лет показал, что пациент воздерживается от эксгибиционизма.

Глава 5

РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) — метод психотерапии, развитый в 50-х годах XX века клиническим психологом Альбертом Эллисом. РЭТ имеет две цели: оказание помощи в устранении эмоциональных расстройств и в превращении пациентов в более полно функционирующих, или самоактуализирующихся, индивидов. РЭТ способствует замене ригидных, жестких позиций на гибкие, что приводит к возникновению нового эффективного мировоззрения.

Суть концепции Эллиса выражается формулой A-B-C (A — activating event — активизирующее событие; B — belief system — система убеждений; C — emotional consequences — эмоциональные и поведенческие последствия). Когда сильное эмоциональное последствие (C) следует за важным активизирующим событием (A), тогда может показаться, что A вызывает C, но в действительности это не так. На самом деле эмоциональное последствие возникает под влиянием B — системы убеждений человека. Когда возникает нежелательное эмоциональное последствие, такое как сильная тревога, то корни его можно найти в иррациональных убеждениях человека. Если эти убеждения эффективно опровергать, приводить рациональные доводы и показывать их несостоятельность на поведенческом уровне — тревога исчезает.

РЭТ рассматривает когниции и эмоции интегративно: в норме мышление включает чувства и в некоторой степени диктуется ими, а чувства включают когниции. Кроме того, Эллис подчеркивает, что мышление и эмоции взаимодействуют с поведением: люди обычно действуют на основе мыслей и эмоций, а их действия влияют на мысли и чувства. Следовательно, РЭТ, по определению Эллиса, — это «когнитивно-аффективная бихевиоральная теория и практика психотерапии».

Философские источники РЭТ восходят к философам-стоикам. Эпиктет писал: «Людей расстраивают не события, а то, как они на них смотрят». Из современных психотерапевтов предшественником РЭТ был Альфред Адлер. «Я убежден, — говорил он, — что поведение человека берет начало в идеях... Человек не относится к внешнему миру предопределенным образом, как часто предполагают. Он всегда относится согласно своей собственной интерпретации себя и своей настоящей проблемы... Именно его отношение к жизни определяет его связи с внешним миром». В первой книге по индивидуальной психологии Адлер сформулировал девиз: «Omnia ex opionione suspensa sunt» («Все зависит от мнения»). Трудно выразить самый главный принцип РЭТ более лаконично и точно. Своими предшественниками Эллис считал также Поля Дюбуа, Жюля Дежерена и Эрнста Гоклера, которые использовали метод убеждения.

5.1. ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ

Эллис разделяет когниции на «холодные», «теплые» и «горячие». Холодные когниции являются дескриптивными и предполагают наличие относительно слабого чувства или его отсутствие. Теплые и горячие когниции являются оценочными. Теплые когниции — это предпочтительные мысли или рациональные установки. Они включают в себя оценку холодных когниции, влияют на чувства, как слабые, так и сильные, и порождают такие чувства. Горячие когниции содержат резкие или «высокие» оценочные мысли и обычно предполагают наличие сильных или очень сильных чувств. Например, муж, жена которого очень вспыльчива, имеет три следующих варианта выбора. *Холодная когниция:* «Я вижу, что моя жена вспыльчива». *Теплые чувства-когниции:* «Мне не нравится ее вспыльчивость, мне не хотелось бы, чтобы она так вела себя. Как меня раздражают ее поступки!». *Горячие чувства-когниции:* «Я совершенно не выношу ее нападки! Она не должна оскорблять меня! К черту ее, если она так поступает! Я убью ее!» В рационально-эмотивной терапии предполагается, что дескриптивные когниции обязательно связаны с оценочными когнициями связями разной степени жесткости. С точки зрения РЭТ не объективные события сами по себе вызывают у нас позитивные или негативные эмоции, а наше внутреннее восприятие их, их оценка. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого.

Расстройства в эмоциональной сфере являются результатом нарушений в когнитивной сфере. Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал *иррациональными установками.* Эллис выделяет 4 группы таких установок, которые наиболее часто создают проблемы у пациентов.

1. Установки долженствования. Некоторые люди убеждены в том, что в мире существуют некие универсальные установки (принципы), которые, несмотря ни на что, должны быть реализованы. Например, «мир должен быть справедливым», «люди должны быть честными». Такие установки часто выявляются в подростковом возрасте.

2. Установки преувеличения (драматизация, катастрофизация). При этих установках отдельные события, происходящие в жизни,' оцениваются как катастрофические вне какой-либо системы отсчета. Катастрофические установки проявляются в высказываниях пациентов в виде оценок, выраженных в самой крайней степени: «ужасно», «невыносимо» и т. п. Например: «Ужасно остаться одному на старости лет».

3. Установка обязательной реализации своих потребностей. В основе этой установки лежит иррациональное убеждение в том, что, для того чтобы осуществиться и стать счастливым, человек должен обладать определенными качествами. Например: «Я должен быть на высоте в моей профессии, иначе я ничего не стою».

4. Оценочная установка. При этой установке оценивается личность человека в целом, а не отдельные его черты, качества, поступки и т. д. Другими словами, здесь отдельный аспект человека отождествляется с человеком в целом.

Помимо этих четырех установок, Эллис в разное время идентифицировал общие «сердцевинные» иррациональные идеи, которые, по его мнению, лежат в основе большинства эмоциональных расстройств. Marzillier отмечает, что теперь число идей выросло до 27. Ниже приведены *двенадцать основных иррациональных идей:*

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.
2. Есть поступки порочные, скверные. И повинных в них следует строго наказывать.
3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.
4. Все беды навязаны нам извне — людьми или обстоятельствами.
5. Если что-то пугает или вызывает опасение — постоянно будь начеку.
6. Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.
7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе.
8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным. (Нужно все знать, все уметь, все понимать и во всем добиваться успеха).
9. То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее.
10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.
11. Плыть по течению и ничего не предпринимать — вот путь к счастью.
12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

С точки зрения Эллиса,иррациональные установки — это *жесткие эмоционально-когнитивные связи.* Они имеют характер предписания, требования, приказа, носят, как говорит Эллис, абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности. Отсутствие реализации иррациональных установок приводит к длительным, неадекватным ситуации эмоциям.

У нормально функционирующего человека имеется *рациональная система установок,* которую можно определить как систему *гибких эмоционально-когнитивных связей.* Эта система имеет вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития событий. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя они иногда могут носить интенсивный характер, однако не захватывают индивида надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не мешают достижению целей.

РЭТ не интересует генез иррациональных установок, ее интересует, что подкрепляет их в настоящем. Эллис утверждает, что осознание связи эмоционального расстройства с событиями раннего детства (инсайт № 1) не имеет терапевтического значения, поскольку пациенты редко освобождаются от своих симптомов и сохраняют тенденцию к образованию новых. Согласно теории РЭТ инсайт № 1 вводит в заблуждение: суть не в возбуждающих событиях (А) жизни людей, которые якобы вызывают эмоциональные последствия (С), а в том, что люди интерпретируют эти события нереалистично и поэтому у них складываются иррациональные убеждения (В) о них.

Настоящая причина расстройств, стало быть, сами люди, а не то, что случается с ними, хотя и жизненный опыт, безусловно, оказывает некоторое влияние на то, что они думают и чувствуют. Инсайт № 1 должным образом подчеркивается, но пациенту помогают увидеть его эмоциональные проблемы с точки зрения его собственных убеждений, а не с точки зрения прошлых или настоящих возбуждающих событий. Терапевт добивается дополнительного осознания — инсайтов № 2 и № 3.

Эллис поясняет это следующим примером. Пациент испытывает тревогу во время терапевтического сеанса. Терапевт может сосредоточиться на возбуждающих событиях в жизни пациента, которые, по-видимому, вызывают тревогу. Например, пациенту можно показать, что мать постоянно указывала ему на недостатки, что он всегда боялся, что учителя будут ругать его за плохие ответы, что он боится разговаривать с авторитетными фигурами, которые могут не одобрить его, и что, следовательно, из-за всех его прежних и настоящих страхов в ситуациях А-1, А-2, А-3.... А-n он *сейчас* испытывает тревогу во время беседы с терапевтом. После такого анализа пациент может убедить себя: «Да, теперь я понимаю, что испытываю тревогу тогда, когда сталкиваюсь с авторитетными фигурами. Неудивительно, что я тревожен даже с собственным терапевтом!». После этого пациент может почувствовать себя значительно лучше и временно избавиться от тревоги.

Однако было бы значительно лучше, если бы терапевт показал пациенту, что тот испытывал тревогу в детстве и продолжает испытывать ее при столкновении с различными авторитетными фигурами не потому, что они авторитетны или имеют какую-то власть над ним, а потому, что он всегда был убежден в том, что его *должны* одобрять, и *ужасно,* если какая-нибудь авторитетная фигура не одобряет его, и он будет уязвлен, если его будут критиковать.

При таком подходе тревожный пациент склонится к двум вещам: во-первых, он перейдет от рассмотрения событий (А) к рассмотрению (В) — к своей иррациональной системе убеждений, во-вторых, он начнет активно разубеждать себя в своих иррациональных установках, вызывающих тревогу. И тогда в следующий раз он станет менее предан этим наносящим ущерб его личности («самопоражающим») убеждениям, когда он столкнется с какой-нибудь авторитетной фигурой.

Следовательно, инсайт № 2 состоит в понимании того, что хотя эмоциональное расстройство возникает в прошлом, пациент испытывает его *сейчас,* потому что он имеет догматические, иррациональные, эмпирически необоснованные убеждения. Он обладает, как говорит Эллис, магическим мышлением. Эти его иррациональные убеждения сохраняются не потому, что он когда-то в прошлом был «обусловлен», то есть эти убеждения закрепились у него по механизму условной связи и теперь сохраняются автоматически. Нет! Он активно подкрепляет их в настоящем — «здесь-и-сейчас». И если пациент не примет полной ответственности за сохранение своих иррациональных убеждений, то он не избавится от них.

Инсайт № 3 состоит в осознании того, что только посредством тяжелой работы и практики можно исправить эти иррациональные убеждения. Пациенты осознают, что для освобождения от иррациональных убеждений недостаточно

инсайтов № 1 и № 2 — необходимо многократное переосмысление этих убеждений и многократно повторяющиеся действия, направленные на их погашение.

Итак, основной догмат РЭТ состоит в том, что эмоциональные нарушения вызываются иррациональными убеждениями. Эти убеждения иррациональны, потому что пациенты не принимают мир таким, каков он есть. Они обладают магическим мышлением: они настаивают на том, что если в мире нечто существует, то оно должно быть другим, отличным от того, что есть. Их мысли обычно принимают следующую форму утверждений: если я хочу чего-то, то это не просто желание или предпочтение, чтобы так было, — так *должно* быть и если это не так, то это ужасно!

Так, женщина с выраженными эмоциональными расстройствами, которую отверг возлюбленный, не просто рассматривает это событие как *нежелательное,* а считает, что это *ужасно,* что она *не может этого перенести,* что ее *не должны* отвергать, что ее *никогда* не полюбит ни один желанный партнер, что она *недостойный человек,* раз возлюбленный отверг ее, и поэтому она *заслуживает осуждения.*

Как только люди делают себя несчастными, они становятся склонны углублять свое страдание, делая себя несчастными из-за того, что они несчастны. Другими словами, люди преобразовывают отрицательные последствия первичной жесткой установки (C) в активизирующее событие (A) для вторичного иррационального убеждения (B). Люди часто тревожатся по поводу своей тревоги («Будет ужасно, если я буду нервничать на экзамене!»), испытывают депрессию в связи с депрессией, ощущают чувство вины из-за чувства вины и т. д. Такие когниции бессмысленны и лишены эмпирических оснований. Они могут быть опровергнуты любым исследователем. Рационально-эмотивный терапевт уподобляется ученому, который обнаруживает и опровергает абсурдные идеи.

Эллис полагает, что иррациональные идеи имеют глубокие биологические корни, и людям трудно отказаться от них. Люди не являются исключительно продуктами социального научения. Патологические симптомы являются результатом биосоциального научения: люди склонны к иррациональным, эмпирически необоснованным идеям не только потому, что они особым образом воспитывались в семье, а прежде всего потому, что они люди.

В РЭТ считают, что среда, особенно родительская семья в детстве, подкрепляет, но не создает тенденцию мыслить иррационально. Родители учат детей отвечать определенным стандартам и прививают им ценности, однако они не требуют от них абсолютного соблюдения норм. Люди сами, *естественным образом,* добавляют к социально усвоенным нормам жесткие команды. Иначе они бы редко становились невротиками.

Люди по природе своей как разумны, так и неразумны. С одной стороны, они предрасположены к самосохранению, к размышлению, к креативности; они учатся на ошибках и способны к личностному росту. С другой стороны, они склонны к саморазрушению, к немедленному удовлетворению удовольствий, к откладыванию дел, к повторению одних и тех же ошибок, к суеверию, нетерпимости, перфекционизму и максимализму; они избегают глубоких размышлений и не актуализируют свой потенциал роста.

Поэтому людям трудно отказываться от своих иррациональных идей. Многие психотерапевтические техники оказываются неэффективными, по мнению

Эллиса, по следующим соображениям. Психоаналитическая психотерапия, как уже говорилось, вводит в заблуждение: она придает чрезмерное значение «травматическим событиям» вместо того, чтобы подчеркивать значение отношения пациентов к этим событиям. Большинство других терапевтических подходов также концентрируется на (А) — на возбуждающих событиях в жизни индивида, или на (С) — на эмоциональных последствиях этих событий, и редко рассматривают (В) — систему убеждений, которая является важнейшим фактором в возникновении расстройства.

Клиент-центрированная терапия считает, что теплое отношение между терапевтом и пациентом является достаточным условием для эффективного личностного изменения. РЭТ же считает, что надо безусловно принимать пациентов, но при этом критиковать их и указывать на недостатки в их поведении. Теплота и поддержка часто помогают пациентам жить более «счастливо» с нереалистическими понятиями.

Суггестия малоэффективна, поскольку дает возможность пациентам жить более «успешно» со скрытой негативной самооценкой.

Катарсис, или эмоциональное отреагирование, часто помогает*пациентам почувствовать себя лучше, но скорее подкрепляет, чем устраняет их требования.

Классическая десенситизация иногда освобождает пациентов от тревоги и фобий, но не подрывает их фундаментальной философии, которая приводит к тревоге и фобиям.

Эллис считает, что эффективным является активно-директивная, когнитивно-эмотивно-поведенческая «атака» на самопоражающие долженствования и приказания пациентов. Сущностью эффективной психотерапии, согласно РЭТ, является сочетание полной терпимости к пациенту (безусловное его принятие) с борьбой против его самопоражающих идей, черт и поступков.

РЭТ помогает людям сформировать новое мировоззрение, стать более самоактуализирующимися и счастливыми. Эллис перечисляет основные характерные черты хорошо функционирующих или самоактуализирующихся людей.

Личный интерес. Прежде всего ценят собственные интересы, хотя готовы жертвовать ими до некоторой степени ради тех, кто для них не безразличен.

Социальный интерес. Заинтересованы в удовлетворении потребностей других людей и в социальном выживании, поскольку большинство людей предпочитают жить в группах или общинах.

Самоуправление. Берут на себя первичную ответственность за свою жизнь.

Толерантность. Предоставляют себе и другим право ошибаться. Даже если им не нравится поведение каких-либо людей, воздерживаются от порицания их как личностей.

Гибкость. Мыслят гибко, готовы к изменениям. Не разрабатывают жестких (ригидных) правил для себя и для других людей.

Принятие неуверенности. Признают, что мир нестабилен и в нем много случайностей. Склонны к поддержанию порядка, но не требуют его.

Обязательство. Имеют обязательства перед чем-то, находящимся за пределами их самих. Достигают максимальной реализации своих возможностей и счастья, испытывая постоянный всепоглощающий интерес к жизни.

Творческий потенциал и оригинальность. Проявляют склонность к новаторству, творчески подходят к решению как каждодневных, так и профессиональных проблем. Часто имеют по крайней мере один главный творческий интерес.

Научное мышление. Рациональны и объективны. Думая о каком-либо вопросе, придерживаются правил логики, используя научные методы.

Самопринятие. Предпочитают принимать себя безусловно. Не оценивают свой внутренний мир с внешней точки зрения, не уделяют чрезмерное внимание тому, что думают о них другие. Стараются получать удовольствие, а не показывать себя.

Принятие животного начала в человеке. Принимают животную природу самих себя и других людей.

Риск. Готовы пойти на рассчитанный риск, чтобы добиться желаемого. Скорее предприимчивы, чем глупы.

Перспективный гедонизм. Гедонисты в поисках счастья и уклонении от боли, однако поддерживают баланс между перспективой и сиюминутной выгодой. Не одержимы стремлением к немедленному вознаграждению.

Отсутствие утопизма. Считают, что совершенство, возможно, недостижимо. Отказываются нереалистично стремиться к полному счастью или к полному отсутствию отрицательных эмоций.

Высокая фрустрационная толерантность. Изменяют те неприятные условия, которые могут изменить, принимают те условия, которые не могут изменить, и видят различия между ними.

Ответственность за нарушение своего душевного равновесия. Берут на себя большую часть ответственности за возникновение своих расстройств, а не занимают оборонительную позицию, обвиняя других людей или социальные условия.

5.2. ПСИХОТЕРАПИЯ

Согласно теории РЭТ эмоциональное расстройство появляется тогда, когда индивиды имеют твердое убеждение в том, что их желания должны быть удовлетворены. Они занимают диктаторскую, догматическую и абсолютистскую позицию: они требуют, они настаивают, они диктуют. Их требования, их диктат сводятся к тому, что они должны добиться успеха; другие люди должны одобрять их. Они настаивают на том, чтобы другие люди относились к ним справедливо. Они диктуют, каким должен быть мир и требуют, чтобы он был более приемлемым.

Основную цель психотерапии, следовательно, можно сформулировать как *«отказ от требований»*. В какой-то степени невротическая личность, следуя логике Эллиса, является инфантильной. Нормальные дети в процессе созревания становятся более разумными, они менее настаивают на том, чтобы их желания немедленно удовлетворялись. Рациональный терапевт пытается побудить пациентов к тому, чтобы они *ограничивали до минимума свои требования* и стремились к максимуму терпимости. Итак, рационально-эмотивная терапия стремится к радикальному редуцированию долженствования, перфекционизма (стремления к совершенству), грандиозности и нетерпимости у пациентов.

1. *Выявление иррациональных установок.* Приступая к работе над системой убеждений пациента, психотерапевт прежде всего стремится к выявлению его иррациональных установок.

Как мы уже знаем, наличие иррациональных установок означает существование жесткой связи между дескриптивной и оценочной когнициями — связи, предполагающей одновариантное развитие событий. Поэтому выявлению жестких эмоционально-когнитивных схем помогает употребление пациентами слов «надо», «должен», «необходимо». Именно эти слова («тирания долженствования») являются объектом «терапевтических атак». Часто терапевт «подводит» пациента в беседе к употреблению этих слов, высказывает гипотетические предложения, содержащие эти слова, для того, чтобы заставить пациента признать их власть над собой. Например:

Пациент: Я хочу завершить работу в срок и поэтому я постоянно напряжен.

Терапевт: У меня впечатление, что вы говорите «Я *должен* завершить работу в срок», не так ли?

Для выявления иррациональных установок используется также техника «что если».

Терапевт: Предположим, что в результате всего этого случилось худшее, и вы разведетесь, и что же тогда произойдет?

Пациент: Я останусь один.

Терапевт: Ну и что в этом плохого?

Пациент: Ничего себе!

Терапевт: А все-таки?

Пациент: А кто же мне поможет, если со мной что-нибудь случится? Это же *ужасно* оказаться зависимым бог знает от кого» (катастрофическая установка).

После выявления иррациональных установок терапевт приступает к *реконструкции системы убеждений;* воздействие при этом осуществляется на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом.

2. *Воздействие на когнитивном уровне.* РЭТ пытается показать пациентам, что им лучше отказаться от перфекционизма, если они хотят прожить более счастливую и менее тревожную жизнь. Она учит их осознавать свои «должен», «надо», «следует»; отделять рациональные убеждения от иррациональных (абсолютистских); применять логико-эмпирический метод науки к себе и своим проблемам; принимать действительность, даже если она мрачна. РЭТ учит пациентов оспаривать иррациональные убеждения, заменять их на рациональные. Основной когнитивной техникой оспаривания является *техника научного опроса.* Целью этого опроса является объяснение пациентам, почему их иррациональные убеждения не выдерживают критики. Ниже перечислены вопросы для обсуждения, которые терапевт задает пациентам, а пациенты — сами себе: — «Какое иррациональное убеждение я хочу обсудить и от какого иррационального убеждения я хочу отказаться?» — «Могу ли я рационально защищать это убеждение?» — «Какие существуют доказательства истинности этого убеждения?» — «Какие существуют доказательства ошибочности этого убеждения?» — «Почему это ужасно?» — «Почему я не могу этого вынести?» — Каким образом это делает меня слабым, никчемным человеком?» — «Почему я считаю, что я буду всегда все делать плохо?» — «Каким эффективным новым убеждением я могу заменить мое иррациональное убеждение?» В работе с когнициями пациентов диагностическая формула А-В-С дополняется новыми элементами, трансформируясь в терапевтическую формулу A-B-C-D-E, где D — дискуссия (оспаривание иррациональных убеждений), Е — эффективные рациональные убеждения, сменившие прежние иррациональные. Эллис приводит следующий пример этой последовательности:

А (событие): Я иду на собеседование и не получаю работу.

В (иррациональные убеждения): «Мне не должны отказывать», «Как ужасно получить отказ!», «Я не перенесу этого!», «Этот отказ свидетельствует о том, что я ничтожный человек», «Я всегда неправильно держусь во время собеседований, в ходе которых решается вопрос о приеме на работу».

С (нежелательные эмоциональные и поведенческие последствия): депрессия, тревога, гнев. Отказ идти на другие собеседования, в ходе которых решается вопрос о приеме на работу, плохое функционирование во время собеседования из-за сильной тревоги.

D (дискутирование по поводу иррациональных убеждений): «Почему мне *не должны* отказывать?», «Почему ужасно получить отказ?», «Почему я не могу вынести этот отказ?», «Почему этот отказ свидетельствует о том, что я ничтожество?», «Почему я считаю, что я *всегда* неправильно держусь во время собеседования?»

Е (эффективные рациональные убеждения *вместо* иррациональных убеждений): «Я предпочел бы иметь эту работу, но нет никаких доказательств того, что я во что бы то ни стало должен получить ее», «Ничто не делает отказ

ужасным, хотя я считаю его весьма неприятным», «Я могу выдержать отказ, хотя мне и не нравится получение отказа», «Отказ не свидетельствует о том, что я ничтожный человек, просто получение отказа указывает на то, что у меня есть некоторые «неудачные» черты», «Я не должен считать, что я всегда неправильно держусь во время собеседования по приему на работу, тем более что я попробую учиться на своих ошибках».

Показательный эмоциональный эффект: Я чувствую себя опечаленным, но не угнетенным.

Показательный поведенческий эффект: Я отправился на другие собеседования по приему на работу.

РЭТ применяет *сократовский диалог* между пациентом и терапевтом. Применяется *когнитивный диспут.* Этот прием включает доказательство справедливости иррациональной установки со стороны пациента. Задача психотерапевта состоит в прояснении смысла, в демонстрации ее логической несостоятельности. В процессе такого спора может выявляться вторичный выигрыш, который дает сохранение иррациональной установки.

В групповой терапии РЭТ поощряет членов группы к дискуссии, к объяснению и выявлению причин неэффективного мышления.

РЭТ учит семантической точности. Например, если пациента отвергают, то это не значит, что его *всегда* будут отвергать; если пациент терпит неудачу, то это не значит, что он не может добиться успеха.

3. *Воздействие на эмоциональном уровне.* Терапевтом используются различные способы драматизации предпочтений и долженствований, чтобы пациенты могли четко различать эти два феномена (другими словами, чем отличается «было бы лучше» от «должно»). С этой целью терапевт может использовать *рациональную ролевую игру,* чтобы показать пациентам, какие ложные идеи руководят ими и как это влияет на их отношения с другими людьми. Например, Эллис останавливает пациента, испытывающего во время ролевой игры страх, и просит его спросить самого себя: «Что я говорю сейчас такого, что могло бы *заставить* меня встревожиться?». Терапевт может применять *моделирование,* чтобы показать пациентам, как принимать различные идеи. Терапевт использует *юмор,* чтобы довести до абсурда иррациональные мысли. Терапевт использует *безусловное принятие,* показывая пациентам, что он принимает их, несмотря на наличие у них негативных черт, что дает им импульс для принятия себя. Так как многие иррациональные убеждения подразумевают «горячие когниции», которые включают в себя сильно выраженный эмоциональный компонент, требуется убедительное и решительное оспаривание. Поэтому терапевт использует *эмоционально насыщенное разубеждение (энергичное оспаривание),* приводящее пациентов к отказу от некоторых абсурдных идей и замене их на более разумные понятия.

Терапевт поощряет поведение, связанное с риском: а) предлагает пациентам психотерапевтической группы сказать откровенно одному из ее участников, что они о нем думают. В результате пациенты убеждаются в том, что это на самом деле не так рискованно; б) побуждает пациентов к самораскрытию, предлагая, например, рассказать об отклонениях в их сексуальной жизни. Этот опыт убеждает их в том, что другие могут принимать их, несмотря на недостат-

ки; в) предлагает пациентам соприкоснуться со своими «постыдными» чувствами (например, с враждебностью), что дает им возможность раскрыть те мысли, которые предшествуют этим чувствам.

Терапевт может также использовать техники, приносящие чувственные удовольствия, такие как объятия с другими членами группы. Это делается не для получения сиюминутного удовольствия, а для того, чтобы показать пациентам, что они способны совершать приятные действия, на которые прежде никогда бы не решились, ради чистого удовольствия, не испытывая при этом чувства вины, если даже другие не одобряют их за это.

4. *Воздействие на поведенческом уровне.* Поведенческие методы в РЭТ применяются не только для устранения симптомов, но и для изменения когниций пациентов.

Так, склонность пациентов к перфекционизму может быть уменьшена выполнением следующих заданий терапевта: а) пойти на риск (например, попытаться назначить свидание участнику группы другого пола); б) нарочно провалиться при решении какой-либо задачи (например, нарочито плохо выступить перед публикой); в) воображать себя в ситуациях неудачи; г) с энтузиазмом браться за деятельность, которую пациент считает особенно опасной.

Отказа от требований пациентов, чтобы другие обращались с ними справедливо, и чтобы миром правили добро и справедливость, можно добиться, предлагая пациентам следующие задания: а) какое-то время пребывать в плохих обстоятельствах и учиться принимать их; б) выполнять трудные задачи (например, поступление в колледж); в) воображать себя в ситуации лишения чего-либо и при этом не чувствовать себя расстроенным; г) позволить себе какую-нибудь приятную деятельность (пойти в кино, встретиться с друзьями) только после выполнения неприятной, но необходимой задачи (урок французского или завершение отчета для своего шефа).

РЭТ часто использует оперантное обусловливание для отвыкания от дурных привычек (курение, переедание) или изменения иррационального мышления (например, осуждение себя за курение или переедание).

5.3. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

Рационально-эмотивными терапевтами разработано несколько психологических тестов, предназначенных для выявления иррациональных убеждений. К ним относятся: «перечень иррациональных убеждений Джонса» (Irrational beliefs inventory of Jones), а также «перечни», составленные Кассинове, Криши и Тигерманом (Kassinove, Crisci, Tiegerman), Байсденом (Baisden), Шорки и Уайтменом (Shorkey, Whiteman). Авторами показана надежность и валидность этих тестов.

5.4. ПРИМЕНЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Легче назвать проблемы, которые не поддаются лечению рационально-эмотивной терапией. К таким проблемам относятся следующие: отсутствие контакта с реальностью, выраженное маниакальное состояние, глубокий аутизм, повреждения мозга и выраженные степени умственной отсталости. Больным с этими расстройствами показаны физические методы лечения, уход или поведенческая терапия, основанная на принципах оперантного обусловливания.

РЭТ применяется в следующих случаях: 1) пациенты с плохой приспособляемостью, умеренной тревожностью и с супружескими проблемами; 2) сексуальные нарушения; 3) неврозы; 4) расстройства характера; 5) прогульщики школы, подростки-правонарушители и взрослые преступники; 6) синдром пограничного расстройства личности; 7) психотические пациенты, включая больных с галлюцинациями, когда они в контакте с реальностью; 8) индивиды с легкими формами умственной отсталости; 9) пациенты с психосоматическими проблемами.

Однако не все перечисленные категории больных лечатся с одинаковой эффективностью. Как и при других видах психотерапии, РЭТ наиболее эффективна при мягких расстройствах или в случаях с моносимптомом (например, сексуальная неадекватность).

РЭТ используется также в превентивных целях. Она широко практикуется для решения проблем, связанных с образованием, и для профилактики эмоциональных расстройств.

Формы применения. Рационально-эмотивная терапия проводится как в индивидуальной, так и групповой формах, включая «рациональный энкаунтер», в виде краткосрочного лечения, а также в форме супружеской и семейной терапии.

Индивидуальная терапия. Проводится от 5 до 50 занятий один раз в неделю. Занятие обычно начинается с рассказа пациента о своих расстроенных чувствах (С) на протяжении недели. Терапевт раскрывает, какие возбуждающие события (А) имели место до того, как возникли эти чувства, и помогает пациенту идентифицировать те иррациональные убеждения (В), которые появились у него в связи с возбуждающими событиями. Терапевт учит пациента опровергать свои иррациональные убеждения и часто дает ему домашнее задание, целью которого является приобретение навыков в их опровержении. На следующем занятии терапевт проверяет — иногда с помощью формы-отчета о самопомощи (Sichel, Ellis)— как пациент на протяжении недели использовал подход РЭТ. Такая работа продолжается до тех пор, пока пациент не только начнет избавляться от симптомов, но и обретет более здоровое, терпимое отношение к жизни.

В частности, РЭТ-терапевт пытается научить пациента: 1) как избавиться от тревоги, чувства вины и депрессии, полностью приняв себя как человеческое

существо, независимо от того, преуспел он в жизни или нет, принимают его другие люди или нет; 2) как уменьшить агрессивность и враждебность, став более терпимым к другим людям, даже если их поведение достойно осуждения; 3) как уменьшить инерцию, прилагая усилия к изменению неприемлемой ситуации, и как повысить низкую фрустрационную толерантность, учась переносить ситуации, которые нельзя изменить.

Групповая терапия. Наблюдая поведение друг друга, участники группы изучают принципы РЭТ и применяют их на практике под наблюдением терапевта. Группа дает возможность проводить тренинг утвердительного поведения. Пациенты участвуют в ролевых играх, учатся взаимодействию с другими людьми, идут на вербальный и невербальный риск, учатся на опыте других.

Одной из разновидностей групповой рационально-эмотивной терапии является разработанный Эллисом так называемый «рациональный энкаунтэр» («группа встреч» в форме марафона). В этом марафоне первые несколько часов отводятся на выполнение членами группы серии упражнений, предназначенных для того, чтобы они сблизились, шли на риск, делились наиболее болезненными и «постыдными» переживаниями, испытывали интенсивные чувства. В течение этих первых часов решение проблем умышленно избегается. Затем, когда участники марафонской группы достаточно сближаются и отказываются от многих психологических защит, они в течение многих часов занимаются анализом эмоциональных проблем, постигая их философские источники, и то, как можно изменить себя, изменяя свои когниции.

Краткосрочная терапия. При краткосрочной терапии пациента за 1-10 занятий обучают «А-В-С-методу» понимания эмоциональной проблемы и ее философских источников и показывают, как надо работать над изменением фундаментальных позиций, лежащих в основе нарушений.

Краткосрочная терапия предназначена, прежде всего, для пациента, имеющего специфическую проблему, такую как враждебное отношение к начальнику или импотенция. В таких случаях можно полностью «излечиться» за несколько занятий.

Для ускорения терапевтического процесса в РЭТ применяется два приема. Первый прием — запись на магнитофон всего занятия. Эти записи потом прослушиваются пациентами несколько раз у себя дома, по дороге домой, на работе, с тем чтобы более глубоко осознать свои проблемы и рационально-эмотивный способ решения их. Многие пациенты, у которых возникают трудности в восприятии того, что происходит во время занятия, из-за того, что они слишком погружены в себя, легко отвлекаемы или чрезмерно тревожны, получают больше при прослушивании этих записей, чем во время непосредственной встречи с терапевтом. Второй прием — использование формы самопомощи, которая помогает пациентам использовать РЭТ-метод при столкновении с эмоциональными проблемами между занятиями или после окончания терапии.

Супружеская и семейная терапия. С начала своего возникновения РЭТ широко использовалась при супружеском и семейном консультировании. Обычно супружеские пары проходят терапию вместе. Терапевт выслушивает жалобы супругов друг на друга, затем пытается показать, что если даже претензии справедливы, то это не является поводом для возникновения эмоциональных

расстройств. Работа направлена на то, чтобы уменьшить тревогу, депрессию, чувство вины и особенно — враждебность супругов. Когда пациенты научаются применять принципы РЭТ, они начинают меньше расстраиваться по поводу своих разногласий и их совместимость повышается. Иногда, правда, они решают, что им лучше развестись, но обычно они решают работать над своими проблемами, чтобы добиться более счастливого супружеского союза. Терапевты обучают их компромиссам, соглашениям, коммуникации и другим видам искусства общения.

При семейной терапии терапевты встречаются либо сразу со всеми членами семьи, либо отдельно с детьми или родителями, либо с каждым в отдельности. Родителям показывают, как можно принимать своих детей и не осуждать их, каким бы неприглядным не казалось их поведение. Детям же показывают, как можно принимать своих родителей и братьев-сестер, какими бы несносными чертами характера они не обладали и какие бы неблаговидные поступки не совершали. Пациентам постепенно прививаются принципы терпимости к самому себе и другим, и когда эти принципы ассимилируются и начинают применяться, семейные отношения улучшаются.

Эллис и его сотрудники написали много популярных книг и брошюр, которые они предлагают пациентам в качестве дополнительной терапии. Вот некоторые названия: «Новый путеводитель по рациональной жизни», «Рациональное консультирование для начинающих», «Как жить со страхом и без него», «Как жить с невротиком», «Путеводитель по успешной супружеской жизни», «Путеводитель по личному счастью», «Как решительно отказаться от того, чтобы делать себя несчастным по поводу всего — да, всего!»

5.5. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Описание приводимого здесь случая, заимствованное у Эллиса, помимо анамнестических данных и сведений о проведенном лечении, включает также протокол первой беседы терапевта с пациенткой. Этот протокол, снабженный комментариями Эллиса, представляет значительный интерес, поскольку отражает процесс рационально-эмотивной терапии, некоторые ее механизмы, а также стиль работы рационального терапевта.

В целом поведение терапевта характеризуется следующими чертами. Между пациентом и терапевтом не существует большой дистанции, терапевт одет неформально и использует свободный язык. Терапевт не озабочен тем, что думают о нем пациенты и вообще другие люди, он более открыт, аутентичен и менее «профессионален», чем среднестатистический терапевт. Главное его специфическое оборудование — кассетный магнитофон.

Отношение между пациентом и терапевтом в РЭТ отличается от такового при других видах терапии. Рационально-эмотивный терапевт очень активен, без колебаний высказывает свою точку зрения, отвечает на прямые вопросы о своей личной жизни, много говорит, особенно на первых занятиях, й очень энергичен и часто директивен в групповой терапии. В то же время он много объясняет, интерпретирует и «читает лекции». Он может позволить себе быть не слишком теплым по отношению к некоторым пациентам и может легко работать с пациентами, которые ему не нравятся, потому что он больше заинтересован в помощи решения их эмоциональных проблем, чем в личном отношении. Так как рациональные терапевты обнаруживают высокую терпимость ко всем людям, каким бы неприглядным ни было их поведение, то пациенты часто воспринимают их как теплых и заботливых.

Итак, речь идет о 25-летней одинокой женщине, заведующей отделом компьютерного программирования. Данные из ее медицинской карточки: неспособность контролировать эмоции; сильное чувство вины, неуверенности и неполноценности; постоянная депрессия; конфликт между внутренним и внешним «Я»; переедание; употребление спиртного; прием диетических таблеток.

Анамнез. Сара Р. — из ортодоксальной еврейской семьи. Ее мать умерла, когда девочке было два года, поэтому она воспитывалась любящим, но строгим и несколько отстраненным отцом и тиранической бабушкой со стороны отца. Она хорошо успевала в школе, но у нее было мало друзей. Хотя Сара была довольно привлекательной, всегда стыдилась своего тела. Редко встречалась с молодыми людьми и в основном была занята своей работой. В 25 лет она стала начальником отдела в своей фирме. Она отличалась напряженной сексуальностью и несколько раз в неделю занималась мастурбацией, но половая связь с мужчиной у нее была только один раз — и то в состоянии алкогольного опьянения. Со студенческих лет она много ела и выпивала. Три года лечилась у психоаналитика, но это не помогло ей. В результате она разочаровалась

в психотерапии и пришла на прием к терапевту только по настоянию своего шефа, который очень ценил ее и не хотел больше мириться с ее пьянством.

Первая беседа.

Т-1: Итак, с чего вы хотите начать?

П-1: Я не знаю. Я словно окаменела.

Т-2: Окаменела? От чего?

П-2: От вас! Вы пугаете меня!

Т-3: Как так? Что я делаю? Очевидно, я не собираюсь взять нож и зарезать вас? Каким же образом я вас пугаю?

П-3: Наверное я боюсь того, что могу узнать о самой себе.

Т-4: Ну, хорошо, предположим, что вы открываете что-то страшное в себе — что Вы по-глупому ведете себя или что-нибудь другое. Почему это будет ужасным?

П-4: Потому что я самое главное для себя сейчас.

Т-5: Нет, я не думаю, что это так. Как раз наоборот — вы на самом деле самое ничтожное для себя. Вы готовы оттаскать себя за волосы, если я скажу, что вы поступаете глупо. Если бы вы не были самообвинителем, вас бы не заботило *то,* что я скажу. А так, если я скажу что-нибудь негативное о вас, вы начнете бить себя немилосердно, не так ли?

П-5: Да, я так делаю.

Т-6: Хорошо, вы боитесь на самом деле не меня — вы боитесь собственной критики.

П-6 *(вздыхает): Хорошо.*

Т-7: Итак, зачем вам нужно критиковать себя? Допустим, я считаю, что вы — самый плохой человек, которого я когда-либо встречал. Тогда почему вы должны критиковать себя?

П-7: *(пауза):* Так надо. Я всегда так делаю. Мне кажется, что я просто дерьмо.

Т-8: Но ведь это не так! Если вы не умеете ходить на лыжах или плавать, Вы можете научиться этому. Так же можно научиться не обвинять себя, независимо от того, что вы делаете.

П-8: Я не знаю.

Т-9: Вы не знаете как.

П-9: Возможно.

Т-10: У меня впечатление, что вы говорите: «Я *должна* ругать себя, если я что-то делаю не так». Не от этого ли возникает ваша депрессия?

П-10: Да, я думаю, что это так. *(Молчание.)*

Т-11: Что угнетает вас сейчас больше всего?

П-11: Я не могу точно сказать. Я хочу все изменить. Меня все угнетает.

Т-12: Приведите несколько примеров.

П-12: Из-за чего у меня депрессия? У меня нет цели в жизни. Я не знаю, кто я. Не знаю, куда я иду.

Т-13: Тогда это означает, что Вы не сведуща! *(Пациентка кивает.)* Ну а что же страшного в этом? Очень плохо, что вы не сведущи. Было бы лучше, если бы Вы были сведущи — если бы у вас была цель и вы бы знали, куда идете. Но давайте предположим худшее: до конца жизни у вас нет цели. Почему же *вы* от этого будете плохой?

П-13: Потому что каждый *должен* иметь цель.

Т-14: Кто вам сказал, что «должен»?

П-14: Потому что я верю в это. *(Молчание.)*

Т-15: Я знаю. Но подумайте немного об этом. Вы же смышленая женщина. Откуда явилось это «должен»?

П-15: Я не знаю. Мне сейчас трудно соображать. Я очень нервничаю! Извините.

Т-16: Да, но вы *можете* соображать. Разве сейчас вы не говорите про себя: «О, это безнадежно! Я не могу сообразить. Какое я дерьмо, раз я не могу сообразить!» Видите: вы вините себя за это.

(П-16 — П-26. Пациентка расстраивается из-за того, что она реагирует недостаточно хорошо, но терапевт показывает ей, что это не столь важно и успокаивает ее.)

П-27: Я не могу представить, что можно жить без цели!

Т-28: Но огромное большинство людей живут без цели!

П-28 (ЗЛО): Ну и отлично! Значит и я смогу обойтись без этого!

Т-29: Нет, минуточку! Вы шарахнулись из одной крайности в другую. Вы высказали одну здоровую мысль и одну не здоровую. Теперь, если бы вы смогли *различить эти две мысли — а вы в состоянии это сделать — то вы* решили бы проблему. То, что вы на самом деле имеете в виду, звучит так: «Было *бы лучше,* если бы у меня была цель, потому что я была бы счастливее». Не так ли?

П-29: Да.

Т-30: Но затем вы магически перепрыгнули к «следовательно, *я должна!*» Теперь вы видите разницу между «было бы лучше, если бы у меня была цель» и «я должна, я обязана, мне следует»?

П-30: Да, я вижу.

Т-31: В чем же тогда разница?

П-31 *(смеется):* Я это сказала просто для того, чтобы согласиться с вами.

Т-32: Так будет мало пользы. Если вы будете соглашаться со мной, то вы уйдете от меня с тем, с чем пришли!

П-32 *(Смеется с пониманием.)*

Т-33: Вы способны думать. Пора прекратить отступать, отказываться думать — это то, что вы делали на протяжении жизни, поэтому вы и больны. Давайте снова вернемся к этому: «Было бы лучше, если бы у меня была цель в жизни». Мы могли бы обосновать, почему это было бы лучше. Это слишком очевидно. А теперь, почему заявление «Я должна делать то, что было бы лучше» является магическим?

П-33: Вы имеете в виду, почему я так чувствую?

Т-34: Нет, нет. Это убеждение. Вы чувствуете так, потому что вы убеждены в этом.

П-34: Да.

Т-35: Если бы вы были убеждены в том, что вы — кенгуру, то вы прыгали бы вокруг и чувствовали как кенгуру. Чувства приходят от ваших убеждений. Теперь я временно забываю о ваших чувствах, потому что мы не можем изменить чувства, не изменив сначала ваши убеждения. Итак, я стараюсь показать вам: у вас два убеждения; одно — «Было бы лучше, если бы у меня была цель в жизни». Вы согласны? *(Пациентка кивает.)* И это совершенно разумно. Мы можем доказать это. Второе — «Следовательно, я должна делать то, что было бы лучше». Итак, мы имеем два различных заявления. Первое, как я сказал, — здоровое, потому что мы можем доказать это. Оно имеет отношение к действительности. Мы можем перечислить преимущества от обладания целью —

для любого человека, не только для вас. Но второе утверждение — безумное. Почему оно безумно?

П-36: Я не считаю его безумным.

Т-37: Кто вам сказал, что вы *должны?*

П-37: Я не знаю, откуда это пошло! Кто-то сказал.

Т-38: Кто бы это ни сказал, он был пьян!

П-38 *(смеется):* Отлично.

Т-40: Я вам скажу сейчас, что такое эмоциональное нарушение: вера в «должен» вместо «было бы лучше». Представьте, вы говорите: «Я хотела бы, чтобы у меня сейчас в кармане лежал доллар», а у вас было бы только девяносто центов. Что бы Вы чувствовали?

П-40: Я бы не слишком расстроилась.

Т-41: Да, вы были бы только чуточку разочарованы. *Было бы лучше* иметь доллар. А теперь представьте, что вы говорите: «Я должна всегда иметь в кармане доллар» и обнаруживаете, что у вас только девяносто центов. Как Вы теперь будете чувствовать себя?

П-41: Я была бы страшно расстроена, согласно вашей логике.

Т-42: Но не потому, что у вас только девяносто центов.

П-42: А потому что я думаю, что я должна иметь доллар.

Т-43: Правильно! Должна. Более того, давайте продвинемся еще на один шаг. Представьте, что вы говорите: «Я должна иметь всегда доллар в кармане» и обнаруживаете, что у вас доллар и десять центов. Как вы теперь будете чувствовать себя?

П-43: Думаю, что превосходно!

Т-44: Нет, вы почувствуете тревогу!

П-44 *(смеясь):* Вы имеете в виду, что у меня возникнет чувство вины: «Что мне делать с лишними деньгами»?

Т-45: Нет.

П-45: Извините, я не улавливаю.

Т-46: Потому что вы не думаете! Подумайте, если вы говорите: «Я *должна* иметь доллар», а у вас доллар и десять центов, будете ли вы тревожны? Любой будет тревожен. А почему?

П-46: Потому что это нарушает их долженствование. Это нарушает их правило, которое они считают правильным.

Т-47: Да, и это относится не только к настоящему. Они могут легко потерять двадцать центов. И это будет их тревожить. Потому что «должен» значит «все время я должен...».

П-47: Кажется, я понимаю теперь, что вы имеете в виду! Они могли бы потерять часть денег и поэтому постоянно чувствуют неуверенность.

Т-48: Вот! Тревога возникает из долженствования.

П-48 *(долгое молчание):* Почему вы создаете такое напряжение в самом начале?

Т-49: Я думаю, что я этого не делаю. Я вижу сотни людей, и вы одна из немногих, кто сами провоцируют в себе тревогу. Вы вносите свои долженствования во все, включая эту ситуацию. Каждый раз, когда вы испытываете тревогу, вы заменяете «было бы лучше» на «должен». В этом суть эмоционального нарушения! Очень просто. И теперь, почему я должен тратить ваше время и говорить о вещах, не относящихся к делу?

П-49: Возможно, я лучше бы поняла ваши объяснения, если бы не была так напряжена в начале.

Т-50: Но тогда, если я начну гладить вас по голове, вы до конца своей жизни будете считать, что вас должны гладить но голове. В этом еще одно долженствование. «Он должен поддерживать меня и объяснять не торопясь, чтобы такое дерьмо, как я, успевала понимать. Но если он будет спешить и заставлять меня думать, то, о ужас, я сделаю ошибку!» Не верьте в это дерьмо! Вы в состоянии понимать то, о чем я говорю, если перестанете думать о совершенном выполнении. «Я все должна выполнять совершенно» — вот о чем вы постоянно думаете, сидя здесь. С какой стати вы должны любое дело выполнять в совершенстве?

П-50: Я не люблю казаться бестолковой!

Т-51: Нет, дело не в этом. Сейчас вы обманываете самое себя. Потому что опять вы сказали одну здоровую мысль и одну нездоровую. Здоровая — «Я не люблю казаться бестолковой, потому что лучше быть сообразительной». Но затем вы сразу перепрыгнули к нездоровой мысли: «Ужасно, если я оказываюсь бестолковой, — я должна быть сообразительной».

П-51 *(убежденно):* Да.

Т-52: Тот же самый вздор! Всегда одно и то же! Если вы заметите в себе этот вздор и перестанете твердить: «О какая же я бестолковая! Он презирает меня! Лучше мне умереть!», тогда вам сразу станет лучше.

П-52 *(смеясь):* Вы как будто бы слышите эти глупые мысли в моей голове.

Т-53: Совершенно верно! У вас должны быть эти мысли, потому что у меня есть хорошая теория. И согласно моей теории, эти сумасшедшие мысли предшествуют эмоциональным расстройствам.

П-53: У меня не было ни малейшего представления о том, чем вызвано мое расстройство.

Т-54: Нет, у вас было представление. Я только что говорил вам.

П-54: Да, да, я знаю!

Т-55: Так в чем же причина вашего расстройства? Скажите мне.

П-55: Я расстроена, потому что... Роль, в которой я себя представляла, когда пришла сюда *(смеется почти весело)* и что я должна буду делать... И благодаря вам все это рухнуло. И мне это не нравится.

Т-56: «И разве не ужасно, что я не смогла показать себя! Если бы я давала ему быстрые и правильные ответы, он бы просиял от счастья и сказал: «Какая сообразительная женщина!», и тогда все было бы хорошо».

П-56 *(смеется с пониманием юмора):* Конечно!

Т-57: Дерьмо все это! Вы были бы также расстроены, как и сейчас. Это бы нисколько не помогло вам! Фактически вы стали бы еще более рехнувшейся. Потому что вы ушли бы отсюда с той же самой философией, с которой и пришли сюда: «Что когда я делаю что-нибудь хорошо и люди гладят меня по голове и говорят, какая я замечательная женщина, тогда все прекрасно!» Это глупая философия! Потому что, если, допустим, я безумно полюбил вас, следующий человек, с которым вы будете разговаривать, может возненавидеть вас. Хотя бы потому, что я люблю карие глаза, а он голубые. И тогда вам конец. Потому что вы думаете: «Меня должны принимать! Я должна быть сообразительной!» С какой стати?

П-57 *(спокойно и рассудительно):* Верно.

Т-58: Теперь понятно?

П-58: Да.

Т-59". Если вы запомните этот урок, наша встреча будет весьма полезна для вас. Потому что вы не должны расстраивать себя. Как я сказал прежде, если я

думаю, что вы последнее дерьмо на свете, то это мое мнение, и я имею право на него. Но превращает ли это вас в кусок дерьма?

П-59 *{молчание с раздумьем).*

Т-60: Превращает?

П-60: Нет.

Т-61: А что же превращает вас в дерьмо?

П-61: Мысли о том, что вы так думаете обо мне.

Т-62: Вот именно! Ваше *убеждение,* что вы дерьмо. Но вам не нужно верить в это. Я контролирую мои мысли — мое убеждение относительно вас. Но это не должно отражаться на вас. Вы всегда контролируете то, что вы думаете. Но вы полагаете, что это не так. Давайте вернемся к депрессии. Депрессия, как я уже говорил, происходит из самобичевания. За что вы бичуете себя?

П-62: Потому что я не могу жить в согласии... есть конфликт в том, что люди, по-видимому, думают обо мне, и тем, что я думаю о себе.

Т-63: Правильно.

П-63: И, видимо, не стоит винить в этом других людей. Возможно, я претендую на роль лидера. Но, между прочим, я чувствую как раз сейчас, что всю жизнь я принуждала себя быть не тем, кто я есть, и чем старше я становлюсь, тем труднее мне сохранять этот фасад, эту внешность... облицовка становится все тоньше и тоньше, и я уже больше не справляюсь с этим.

Т-64: Да, но... Боюсь, что вы не совсем правы. Потому что, как это ни странно, происходит как раз обратное. Вы верите в то, что роль лидера — это ваша роль. Правильно?

П-64: Да.

Т-65: И они думают, что вы выполняете ее?

П-65: Обычно да.

Т-66: Выходит, что они правы.

П-66: Да, но мне приходится все больше тратить сил.

Т-67: Потому что вы ничем другим не занимаетесь. Ведь вы отвечаете их ожиданиям в отношении себя. Иначе они не считали бы вас лидером, если бы вы не вели себя как лидер. Следовательно, вы отвечаете их ожиданиям, но вы не отвечаете вашим идеалистическим и непрактическим ожиданиям в отношении лидерства.

П-67: *{близко к слезам)* Думаю, что нет.

Т-68: Видите ли, это спорный вопрос. С их точки зрения, у вас с работой все в порядке. Но вы ведь не ангел, вы не совершенство. Но вы должны им быть, чтобы стать настоящим лидером. Следовательно, вы не настоящий лидер, а бутафория. Понимаете? Теперь, если вы откажетесь от ваших безумных ожиданий и вернетесь к ожиданиям других, вам не придется беспокоиться. Потому что, с их точки зрения, вы делаете все как надо и отвечаете их ожиданиям. Вы думаете про себя: «Я должна быть настоящим лидером в моих глазах, быть совершенной. Если я и удовлетворяю других, но знаю при этом, что выполнила какое-то дело хуже, чем я обязана, тогда я дрянь. Потому что я только притворяюсь перед ними, что я не дрянь, а на самом деле — дрянь!»

П-68 *{смеется, затем серьезно):* Верно!

Т-69: Но это все из-за ваших глупых ожиданий, а вовсе не из-за других людей. И что странно, вы, несмотря на разные препятствия — депрессию, самобичевание и т. д. — удивительно хорошо справляетесь на работе. Представьте, каких успехов вы могли бы достичь без этих дурацких препятствий!

Поймите, вы удовлетворяете их, но тратите много времени и энергии, бичуя себя. Вообразите, сколько бы вы успели сделать без самобичевания! Понятно это?

П-69 (с *убежденностью):* Да!

Комментарий А. Эллиса

Невзирая на то, какие чувства выражает пациентка, терапевт пытается подвести ее к иррациональным мыслям, которые лежат в основе этих чувств, прежде всего к ее катастрофическим мыслям о том, что будет *ужасным,* если кто-нибудь, включая терапевта, не будет любить ее.

Терапевт без колебаний противоречит пациентке, приводя доказательства из ее собственной жизни или из своего знания людей.

Обычно терапевт опережает пациентку на один шаг, например, говорит ей, что она самообвинитель, еще до того, как она сама назвала себя так. Опираясь на теорию РЭТ, согласно которой ее мышлением управляют долженствования, когда она испытывает тревогу, депрессию или чувство вины, он заставляет ее принять эти долженствования, а затем «атакует» их (Т-14, Т-15).

Терапевт использует философский подход. «Предположим, — говорит он по своему обыкновению — что произошло самое плохое и вы на самом деле поступили плохо и другие презирают вас, будете ли вы, тем не менее, плохой? (Т-13). Он полагает, что если он сможет убедить ее в том, что никакое ее поведение, каким бы отвратительным оно ни было, не порочит *ее,* то он поможет ей достигнуть глубокого личностного изменения.

Ее стресс не смущает его (П-15), он едва ли сочувствует ей, но использует ее чувства, чтобы показать ей, что и сейчас она продолжает верить в глупые мысли и тем самым расстраивает себя. Терапевт не занимается анализом ее «трансферентных» чувств. Он интерпретирует *мысли,* которые стоят за ее чувствами, показывает, почему эти мысли являются самопоражающими. Он показывает также, почему его сочувствие могло бы только подкрепить, а не изменить ее «философию требований».

Терапевт довольно суров с пациенткой, но он также показывает полное принятие и демонстрирует веру в ее способности, настаивая на том, что она может лучше думать и вести себя, если прекратит ругать себя (Т-20, Т-33).

Он не просто говорит ей о том, что ее мысли иррациональны, он стремится к тому, чтобы она сама увидела это. Однако иногда он объясняет некоторые психологические процессы, например, что ее чувства рождаются из ее мышления (Т-35, Т-62).

Он намеренно пользуется сильными выражениями (Т-16, Т-50, Т-52, Т-57, Т-59). Это делается, во-первых, для того, чтобы раскрепостить пациентку, во-вторых, показать, что хотя он и является специалистом, он тоже приземленное существо, и в-третьих, воздействовать на нее эмоциональным шоком, чтобы его слова произвели более драматичный эффект. Заметьте, что в этом случае пациентка первая называет себя «дерьмом» (П-7).

Хотя он не сочувственно относится к ее мыслям, он на самом деле очень эмпатичен, так как внимательно прислушивается к тому, что она, вероятно, говорит про себя. В этом смысле рационально-эмотивные терапевты очень эмпатичны. Терапевт сосредоточивается на невербализованных понятиях пациентки (ее негативных мыслях о себе и о мире), а не на внешних чувствах (на ее восприятии, что она плохо выполняет что-либо, или что другие обижают ее).

Терапевт постоянно проверяет, правильно ли пациентка понимает то, чему он ее учит (Т-59, Т-61), и может ли она повторить это своими словами.

Хотя очевидно, что речь идет о значительном диалоге, однако терапевт (и это характерно для первых занятий) в основном говорит и объясняет. Он предоставляет ей много возможностей выразить себя, но использует ее ответы в качестве отправных пунктов для дальнейшего обучения. Временами он почти что читает ей лекции. Но он пытается сделать каждую такую «лекцию» короткой и острой и адресует ее к конкретным проблемам и чувствам пациентки.

Лечение.

Пациентка получила 6 занятий индивидуальной терапии, проведенных по типу описанного, затем — 24 недели групповой терапии и участвовала в одном «рациональном энкаунтере».

Когнитивный аспект. Пациентке неоднократно показывали ее центральную проблему: она искренне верила, что *должна быть* почти совершенной и *не должна* получать критику от значимых других. Ее настойчиво учили воздерживаться от оценки своего «я», а оценивать только исполнение; ее учили не презирать себя, даже если она не избавится от переедания, компульсивного пьянства и других своих симптомов; ее учили понимать, что было бы весьма желательным, но не обязательным, чтобы у нее были интимные отношения с мужчиной и она получала одобрение от сверстников и начальников на работе; ее учили принять себя со своей враждебностью и затем отказаться от своих детских требований к другим, невыполнение которых и являлось причиной ее враждебности к ним.

Поначалу она искренне верила в то, что она и другие *должны быть* чрезвычайно эффективны и следовать строгим правилам дисциплины, и время от времени она сопротивлялась атакам терапевта и членов группы на ее моралистические «должно». Однако постепенно ее побудили заменить «должно» как в ее лексиконе, так и в убеждениях на «было бы лучше». Она заявила, что полностью отказалась от своей религиозной ортодоксальности, но ей показали, что она просто заменила ее на чрезмерные требования к своей личной жизни и к общественным делам, но, в конце концов, ее побудили отказаться и от этого.

Эмоциональный аспект. Сара была полностью принята терапевтом *как личность,* хотя он и с жаром набрасывался на многие ее идеи и иногда с юмором доводил их до абсурда. Некоторые члены группы вступали с ней в резкую конфронтацию: они выговаривали ей за осуждение других членов группы за их глупость и отлынивания от работы, и ей помогли установить связи с этими людьми, несмотря на их недостатки. Терапевт и некоторые участники группы в разговоре с ней использовали крепкие выражения, которые ей поначалу не нравились, но которые позднее она до некоторой степени начала употреблять сама. Когда у нее возник алкогольный запой на несколько недель и она чувствовала сильную депрессию и безнадежность, двое участников группы вынесли на обсуждение свои собственные прежние проблемы, связанные с алкоголем и наркотиками, и показали, как они смогли справиться с этим. Другой участник группы предоставил ей постоянную поддержку своими частыми телефонными звонками и визитами. Иногда, когда она замолкала или сидела мрачная, терапевт и другие в группе заставляли ее говорить и выражать свои настоящие чувства. Преодолевая ее защиту, они применяли РЭТ-анализ и открывали ее неразумные мысли (особенно мысли о том, что она будет сильно задета, если ее отвергнут) и обсуждали, как эти мысли можно искоренить.

Во время марафона она смогла, впервые в своей жизни, по-настоящему эмоционально увлечься мужчиной, который до этого времени был совершенно чужым для нее, и это показало ей, что она может позволить себе сломать барьеры к интимности и любви.

Поведенческий аспект. Сара получала домашние задания, которые включали разговоры с привлекательными мужчинами в общественных местах, что давало ей возможность преодолеть страх отвержения. Ее научили держать долгосрочную диету, награждая себя только приятными переживаниями (такими, как прослушивание классической музыки) после нескольких часов воздержания. С помощью ролевой игры с терапевтом и другими членами группы она прошла тренинг утвердительного поведения.

Результаты. Благодаря сочетанию индивидуальной и групповой терапии и комбинации когнитивного, эмоционального и поведенческого подходов, Сара добилась следующих результатов: 1) она совершенно перестала пить, потеряла 25 фунтов; 2) она стала значительно меньше осуждать и себя, и других и начала заводить близких друзей; 3) у нее были удовлетворительные сексуальные отношения с тремя разными мужчинами, и у нее установились стабильные отношения с одним из них; 4) она редко испытывает чувство вины или депрессию, принимает себя со своими недостатками и начала больше сосредоточиваться на радостях жизни, чем на оценке своего «я».

Катампез. Сара проходила рационально-эмотивную терапию на протяжении шести месяцев, и после этого в течение года устраивались эпизодические занятия. Через год после начала занятий она вышла замуж. Через два с половиной года после окончания терапии Сара и ее муж сообщили, что у них все хорошо. Муж связывает это с тем, что Сара продолжает постоянно работать над собой.

Глава 6

КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

6.1. ОСНОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ

Когнитивная терапия была создана Аароном Беком в 60-х годах XX века. В предисловии к известной монографии «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» Бек заявляет о своем подходе как о принципиально новом, отличном от ведущих школ, посвятивших себя изучению и лечению эмоциональных нарушений — традиционной психиатрии, психоанализа и поведенческой терапии. Эти школы, несмотря на существенные различия между собой, разделяют общее фундаментальное допущение: пациента терзают скрытые силы, над которыми он не властен. Традиционная психиатрия ищет биологические причины, такие как биохимические и неврологические аномалии, и использует лекарства и другие физические средства для ослабления эмоционального расстройства.

Психоанализ объясняет невроз подсознательными психологическими факторами: подсознательные элементы укрыты психологическими покровами, сквозь которые можно проникнуть лишь с помощью психоаналитических толкований. Поведенческая терапия рассматривает эмоциональное нарушение с точки зрения случайных условных реакций, возникших ранее в жизни пациента. Согласно бихевиористской теории, для устранения этих условных рефлексов недостаточно простого знания пациента о них или его желания — требуется выработка «условных контррефлексов» под руководством компетентного поведенческого терапевта.

Итак, эти три ведущие школы утверждают, что источник расстройства пациента лежит вне его сознания. Они мало обращают внимания на сознательные понятия, конкретные мысли и фантазии, то есть *когниции*. Новый подход — когнитивная терапия — полагает, что к эмоциональным расстройствам можно подойти совершенно другим путем: ключ к пониманию и решению психологических проблем находится в сознании пациентов.

Когнитивная терапия предполагает, что проблемы пациента вытекают главным образом из неких искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и допущениях. Эти неправильные представления возникают в результате неправильного научения в процессе познавательного, или когнитивного, развития личности. Отсюда легко вывести формулу лечения: терапевт помогает пациенту отыскать искажения в мышлении и научиться альтернативным, более реалистическим способам формулирования своего опыта.

Когнитивный подход к эмоциональным расстройствам изменяет взгляд человека на самого себя и свои проблемы. Отказавшись от представлений о себе как о беспомощном порождении биохимических реакций, слепых импульсов или автоматических рефлексов, человек получает возможность увидеть в себе существо, склонное рождать ошибочные идеи, но и способное *отучиться* от них или исправить их. Только определив и исправив ошибки мышления, он может создать для себя жизнь с более высоким уровнем самоосуществления.

Главная концепция когнитивной терапии состоит в том, что решающим фактором для выживания организма является переработка информации. Мы не смогли бы выжить, если бы у нас не было функционального аппарата для приема информации из окружающей среды, синтезирования ее и планирования действий на основе этого синтеза.

При различных психопатологических состояниях (тревога, депрессия, мания, параноидное состояние, обсессивно-компульсивный невроз и др.) на переработку информации оказывает влияние *систематическое предубеждение.* Это предубеждение специфично для различных психопатологических расстройств. Другими словами, мышление пациентов тенденциозно. Так, депрессивный пациент из информации, предоставляемой окружающей средой, выборочно синтезирует темы потери или поражения. А у тревожного пациента имеется сдвиг в направлении тем опасности.

Этим когнитивным сдвигам способствуют специфические позиции, которые располагают людей в определенных жизненных ситуациях тенденциозно интерпретировать свой опыт. Например, человек, для которого идея возможности внезапной смерти имеет особое значение, может, пережив угрожающий жизни эпизод, начать интерпретировать нормальные телесные ощущения как сигналы наступающей смерти, и тогда у него разовьются приступы тревоги.

Когнитивный сдвиг можно по аналогии представить как компьютерную программу. Каждое расстройство имеет свою специфическую программу. Программа диктует вид вводимой информации, определяет способ переработки информации и результирующее поведение. При тревожных расстройствах, например, активируется «программа выживания»: индивид из потока информации выбирает «сигналы опасности» и блокирует «сигналы безопасности». Результирующее поведение будет состоять в том, что он будет чрезмерно реагировать на относительно незначительные стимулы как на сильную угрозу и будет отвечать избеганием.

Активированная программа ответственна за *когнитивный сдвиг* в переработке информации. Нормальная программа правильно отобранных и проинтерпретированных данных заменяется «тревожной программой», «депрессивной программой», «панической программой» и т. д. Когда это случается, индивид испытывает симптомы тревоги, депрессии или паники.

Стратегии и техники когнитивной терапии предназначены для дезактивации таких дезадаптивных программ, для сдвига аппарата переработки информации (когнитивного аппарата) в более нейтральное положение.

У каждого человека в когнитивном функционировании имеется свое слабое место — «когнитивная уязвимость», которая располагает его к психологическому стрессу. Эти «уязвимости» относятся к структуре личности.

Личность формируется *«схемами»,* или когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения (позиции). Эти схемы начинают формироваться в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими. Люди формируют концепции о себе, других, о том, как функционирует мир. Эти концепции подкрепляются дальнейшим опытом научения и, в свою очередь, влияют на формирование других убеждений, ценностей и позиций.

Схемы могут быть адаптивными или дисфункциональными. Схемы являются устойчивыми когнитивными структурами, которые становятся активными, когда включаются специфическими стимулами, стрессорами или обстоятельствами.

У пациентов с пограничными личностными расстройствами имеются так называемые ранние негативные схемы, ранние негативные ядерные убеждения. Например, «со мной происходит что-то неладное», «люди должны поддерживать меня и не должны критиковать, не соглашаться со мной или неправильно понимать меня». При наличии таких убеждений у этих людей легко возникают эмоциональные расстройства.

Другое частое убеждение было названо Беком «условным предположением». Такие предположения, или позиции, начинаются с «если». Два условных предположения, часто отмечаемых у пациентов, склонных к депрессии: «если я не добьюсь успеха во всем, что я делаю, никто не будет уважать меня»; «если человек не любит меня, значит, я недостоин любви». Такие люди могут функционировать относительно хорошо до тех пор, пока они не испытают серию поражений или отвержений. После этого они начинают считать, что никто не уважает их или что они недостойны любви. В большинстве случаев такие убеждения можно рассеять в краткосрочной терапии, однако если они составляют ядро убеждений, то требуется более длительное лечение.

6.2. КОГНИТИВНЫЕ МОДЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Когнитивная модель депрессии. Бек описывает когнитивную триаду при депрессии:

1. Негативное представление о себе. Депрессивный индивид воспринимает себя как неприспособленного, никчемного, отверженного.
2. Негативный взгляд на мир. Депрессивный индивид убежден в том, что мир предъявляет чрезмерные требования к человеку и воздвигает непреодолимые барьеры на пути к достижению целей. Мир лишен удовольствия и удовлетворения.
3. Нигилистический взгляд на будущее. Депрессивный индивид убежден в том, что переживаемые им трудности непреодолимы. Эта безнадежность нередко приводит его к суицидным мыслям.

Когнитивная модель тревожных расстройств. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей.

Восприятие опасности тревожным пациентом основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. Кроме того, нормальные индивиды могут контролировать свое неправильное восприятие, используя логику и очевидность. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности. Таким образом, в случаях тревоги когнитивное содержание вращается вокруг темы опасности и индивид склонен преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к совладанию.

Мания. Предубежденное мышление маниакального пациента противоположно депрессивному. Такие индивиды избирательно воспринимают преимущества всякого жизненного опыта, блокируя негативный опыт или интерпретируя его как позитивный и нереалистично ожидая благоприятные результаты от различных предприятий. Преувеличение способностей, достоинств и достижений приводит к чувству эйфории. Постоянная стимуляция, идущая от завышенной самооценки и чрезмерно оптимистических ожиданий, обеспечивает огромные источники энергии и вовлекает маниакального индивида в постоянную деятельность, направленную на достижение цели.

Когнитивная модель панического расстройства. Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные систе-

мы — кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Из-за своего страха они постоянно прислушиваются к внутренним ощущениям и поэтому замечают и преувеличивают ощущения, которые проходят незамеченными у других людей.

Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический *когнитивный дефицит:* они неспособны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют.

Пациенты, у которых был один или несколько приступов паники в конкретной ситуации, начинают избегать этих ситуаций. Предчувствие такого приступа запускает множество вегетативных симптомов, которые затем неправильно интерпретируются как признаки неминуемого несчастья (сердечного приступа, потери сознания, удушья), что может привести к полному разворачиванию панического приступа. У пациентов с паническим расстройством часто развивается *агорафобия.* Они в конце концов не покидают своего дома или так ограничивают свою деятельность, что не могут отходить далеко от дома и нуждаются в сопровождаемом.

Когнитивная модель фобии. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуациях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги.

Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций. Так, пациент с фобией тоннелей испытывает страх перед крушением в тоннеле и собственной смертью от удушья; другого пациента будет ужасать возможность наступления острого, смертельно опасного заболевания, если ему вовремя не окажут помощи.

При *оценочных фобиях* имеется страх неудачи в социальных ситуациях, на экзамене или публичном выступлении. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что могут вызывать как раз то, чего боится пациент.

Когнитивная модель параноидных состояний. Параноидный индивид приписывает другим людям предубедительное отношение к себе. Другие люди преднамеренно оскорбляют, вмешиваются, критикуют. В отличие от депрессивных пациентов, которые считают, что предполагаемые оскорбления или отвержение справедливы, параноидные пациенты считают, что другие третируют их несправедливо.

В отличие от депрессивных пациентов, параноидные не отличаются низкой самооценкой. Они больше озабочены несправедливостью предполагаемых нападок и вторжений, чем действительными потерями.

Когнитивная модель обсессий и компульсий. Пациенты с обсессиями подвергают сомнению ситуации, которые большинством людей считаются безопасными. Сомнение обычно касается ситуаций, которые являются потенциально опасными.

Обсессивные пациенты постоянно сомневаются, совершили ли они действие, необходимое для безопасности (например, выключили ли газовую плиту, заперли ли на ночь дверь). Они могут бояться заражения микробами и никакое разубеждение не устраняет страха.

Главная их черта — чувство ответственности и убеждение, что они ответственны за совершение действия, которое может повредить им и их близким.

Компульсивные пациенты предпринимают попытки уменьшить чрезмерные сомнения, выполняя ритуалы, предназначенные для нейтрализации и предупреждения несчастья. Компульсивное мытье рук, например, основывается на убеждении пациента, что он не устранил всю грязь со своего тела.

Когнитивная модель истерии. При истерии пациент убежден, что у него имеется соматическое расстройство. Так как воображаемое расстройство не смертельно, он склонен принимать его без особой тревоги. Пациенты, страдающие фобией, по существу являются «сенсорными фантастами», то есть они воображают себе какую-то болезнь, а затем испытывают сенсорное ощущение как доказательство, подтверждающее наличие этой болезни. Пациент, как правило, ощущает сенсорные или моторные аномалии, которые соответствуют его ошибочному представлению об органической патологии.

Когнитивная модель нервной анорексии. Нервная анорексия и булимия представляют констелляции дезадаптивных убеждений, которые вращаются вокруг одного центрального предположения: «Вес и форма моего тела определяют мою ценность и мою социальную приемлемость». Вокруг этого предположения вращаются, например, такие убеждения: «Я буду безобразной, если буду больше весить», «Единственная вещь в моей жизни, которую я могу контролировать, — это мой вес» и «Если я не буду голодать, я начну полнеть — а это катастрофа!»

Пациенты с нервной анорексией обнаруживают типичное искажение в переработке информации. Они неправильно интерпретируют симптомы наполнения желудка после приема пищи как признаки того, что они полнеют. Кроме того, они неправильно воспринимают свой образ в зеркале или на фотографии как более объемный, чем есть на самом деле.

Когнитивная модель расстройств личности. В основе нарушенной личности лежит генетическая предрасположенность и полученный опыт научения. Каждое нарушение личности характеризуется базисным убеждением и соответствующей поведенческой стратегией (Beck и соавт.). Описание базисных убеждений («схем») и поведенческих стратегий при различных типах нарушений личности приводится в табл. 2.

При каждом расстройстве личности можно обнаружить как чрезмерно развитые, так и слаборазвитые стратегии. Например, при параноидном расстройстве «недоверие» является чрезмерно развитой стратегией, а «доверие» — слаборазвитой. Дисфункциональные схемы, характерные для нарушений личности, являются чрезвычайно стойкими, поэтому когнитивное реструктурирование занимает у этих пациентов больше времени и предполагает более глубокое исследование происхождения схем, чем у пациентов с эмоциональными нарушениями.

Таблица 2

Базисные убеждения и соответствующие им поведенческие стратегии при различных типах нарушений личности

Тип личности	Базисное убеждение	Поведенческая стратегия
Зависимая личность	«Я беспомощен»	Привязанность
Избегающая (уклоняющаяся) личность	«Мне могут причинить боль»	Избегание
Пассивно-агрессивная личность	«На меня могут наступить»	Сопротивление
Параноидная личность	«Люди — потенциальные противники»	Осторожность
Нарциссическая личность	«Я — особенный»	Самовозвеличивание
Артистическая личность	«Мне нужно производить впечатление»	Драматизация
Обсессивно-компульсивная личность	«Я не должен допускать ошибок»	Перфекционизм
Антисоциальная личность	«Люди существуют для того, чтобы их били»	Нападение

6.3. ТЕОРИЯ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

В терапевтическом изменении взаимодействуют когнитивный, эмоциональный и поведенческий каналы, однако когнитивная терапия подчеркивает ведущую роль когниций в вызывании и поддержании терапевтических изменений.

Когнитивные изменения происходят на трех уровнях: 1) в произвольном мышлении; 2) в непрерывном, или автоматическом мышлении; 3) в предположениях (убеждениях). Каждый уровень отличается от предыдущего своей доступностью для анализа и стабильностью.

Наиболее доступны для анализа и наименее стабильны — произвольные мысли, потому что их можно вызвать по желанию и они временны. На следующем уровне — автоматические мысли, которые появляются спонтанно и предшествуют эмоциональным и поведенческим реакциям. Эти автоматические мысли более стабильны и менее доступны, чем произвольные мысли, но можно научить пациентов распознавать их и контролировать. Автоматические мысли возникают на основе предположений (убеждений), который составляют третий уровень. Убеждения могут быть очень стабильными и не осознаваться пациентами. Терапия стремится к идентификации этих предположений и противодействию их эффектам.

Рассмотрим подробнее автоматические мысли и лежащие в их основе предположения (убеждения).

Автоматические мысли — это мысли, которые появляются спонтанно и приводятся в движение обстоятельствами. Эти мысли выступают между событием или стимулом и эмоциональными и поведенческими реакциями индивида.

Бек приводит следующий пример из клинической практики. Женщина, вышедшая на улицу, неожиданно осознает, что оказалась в трех кварталах от дома, и ей сразу же становится плохо. Различные школы психотерапии по-разному объясняют эту загадочную реакцию.

Психоанализ, например, объясняет слабость, которую испытывает женщина, удалившись от дома, с позиции подсознательного значения: нахождение на улице пробуждает подавленное желание, вроде желания быть соблазненной иди изнасилованной. Это желание порождает тревогу из-за связанного с ним запрета.

Бихевиористы, применяя условнорефлекторную модель эмоций для объяснения тревоги, приведут причины другого рода. Они предположат, что некогда в своей жизни женщина столкнулась с действительно опасной ситуацией, отдалившись от дома. У нее возник условный рефлекс реагировать на безобидный раздражитель на том же уровне тревоги, который бы у нее появился перед лицом настоящей опасности.

Когнитивный подход предлагает иную трактовку. У человека между возбуждающим событием и эмоциональными последствиями мелькает ряд мыслей. Если пациентка в нашем примере в силах заполнить разрыв между воз-

буждающим событием и эмоциональной реакцией, то загадка этой реакции становится понятной.

Непосредственно до возникновения тревоги перед женщиной прошла следующая вереница мыслей: «Я далеко отошла от дома. Если теперь со мной что-нибудь случится, я не доберусь до дома, где мне смогут оказать помощь. Если я упаду здесь на улице, люди просто пройдут мимо — они меня не знают. Никто мне не поможет». Цепь рассуждений, ведущих к тревоге, включила ряд мыслей об опасности.

Пациенты не осознают полностью этих автоматических мыслей. До тех пор, пока пациента не научат сосредоточиваться на автоматических мыслях, они по большей части проскальзывают незамеченными.

Автоматические мысли, о которых сообщают пациенты, имеют ряд общих характеристик. Они конкретны и *раздельны.* Они возникают в стенографическом виде. Кроме того, они не являются результатом обдумывания, рассуждения или рефлексии. Здесь отсутствует логическая последовательность этапов как при мышлении, ориентированном на цель, или при решении задачи. Мысли просто «приходят», словно рефлекторно. Они относительно автономны, то есть пациент не прилагает усилий, чтобы их вызвать, и их сложно «выключить», особенно в тяжелых случаях.

Автоматические мысли воспринимаются как правдоподобные. Пациенты воспринимают их как бесспорные, не проверяя их логичности или реалистичности. Несомненно, что многие из этих мыслей реалистичны. Однако пациент часто склонен верить в нереалистичные мысли, даже если сделал вывод об их необоснованности при обсуждении с терапевтом. То, сколько раз внешний опыт опровергал эти мысли, значения не имеет, они непрерывно возникают у пациента вплоть до его выздоровления.

Предположения, или убеждения. Автоматические мысли, как отмечалось, возникают на основе предположений, или убеждений. Бек называет эти когниции также «правилами». В качестве синонимов он употребляет также такие определения, как «позиции», «идеи», «концепции» и «конструкции».

Некоторые убеждения людей носят дисфункциональный характер. Вот пример позиции, которой придерживаются многие люди: «Я никогда не буду счастливым, если не стану знаменитым». Люди, которые подчиняются этому правилу, постоянно находятся в действии: стремятся к престижу, популярности, власти. Рабское следование этому правилу служит помехой для других целей, вроде разумной, здоровой, спокойной жизни, сохранения приятных отношений с другими людьми.

Некоторые люди впадают в депрессию, делая акцент на этих правилах. Последовательность такова: сначала человек считает, что не приближается к какой-то призрачной цели, например, к славе. Из этого следует ряд выводов: «Раз я не стал знаменитым, значит потерпел неудачу... я не добился единственной вещи, которая по-настоящему что-то стоит... я неудачник... продолжать бессмысленно. С таким же успехом можно покончить с собой». Но если пациент проверит начальную посылку, то заметит, что не принял во внимание другие виды удовлетворения, кроме славы. Он также начнет понимать, насколько он себе повредил, определяя свое счастье на языке славы. Также уязвимы

в отношении депрессии и люди, которые определяют свое счастье исключительно в аспекте любви со стороны отдельного человека или группы людей.

Бек перечисляет некоторые из позиций, предрасполагающих человека к чрезмерной печали или депрессии:

1. Для того, чтобы быть счастливым, меня должны всегда и все принимать (я должен вызывать любовь и восхищение).

2. Для того, чтобы быть счастливым, мне необходимо достигнуть успехов в любом своем предприятии.

3. Если я не на вершине, значит я провалился.

4. Прекрасно быть популярным, знаменитым, богатым; ужасно быть непопулярным, посредственным.

5. Если я совершаю ошибку, значит я неспособный человек.

6. Мое значение как человека зависит от того, что другие думают обо мне.

7. Я не могу жить без любви. Если моя жена (возлюбленная, родители, дети) не любят меня, то я ничего не стою.

8. Если кто-то не согласен со мной, то я ничего не стою.

9. Если я не воспользуюсь любой возможностью продвинуться, я об этом пожалею.

Правила (убеждения), подобные перечисленным, с большой вероятностью приведут к страданию. Человек не может всегда вызывать любовь у всех своих знакомых. Уровень любви и приятия испытывает значительные колебания, однако правила сформулированы таким образом, что любое уменьшение любви рассматривается как неприятие.

Можно выделить три основные группы дисфункциональных убеждений. В первую группу входят убеждения, связанные с принятием (например, «У меня есть изъян, поэтому я нежеланный»); во вторую группу входят убеждения, связанные с компетентностью (например, «Я — неполноценный»); в третью группу входят убеждения, связанные с контролем (например, «Я не могу осуществлять контроль»).

6.4. КОГНИТИВНЫЕ ИСКАЖЕНИЯ

Когнитивные искажения — это систематические ошибки в суждениях. Они возникают на основе дисфункциональных убеждений, внедренных в когнитивные схемы, и легко обнаруживаются при анализе автоматических мыслей.

1. *Персонализация.* Это склонность интерпретировать события в аспекте личных значений. Процесс персонализации лучше всего проиллюстрировать на крайних примерах, касающихся пациентов-психотиков. Пациент, страдающий параноидной шизофренией, считал, что образы, которые он видит на телевизионном экране, непосредственно с ним разговаривают, и он им отвечал. Депрессивный психотик, услышав об эпидемии в далекой стране, начал упрекать себя в том, что вызвал ее. Женщина, страдающая манией, была убеждена, выходя на улицу, что все прохожие мужчины в нее влюблены. Пациенты-психотики постоянно трактуют события, с ними совершенно не связанные, так, словно сами вызвали эти события или словно события направлены против них лично.

Более мягкие формы персонализации обнаруживаются у невротических пациентов. У них наблюдается склонность к переоценке степени, в которой события связаны с ними. Они также чрезмерно поглощены личными значениями отдельных происшествий. Депрессивный невротик, увидев хмурый взгляд прохожего, думает: «Он чувствует ко мне отвращение». Хотя и может оказаться, что в данном случае мнение пациента является верным, ошибка его заключается в представлении, что любая гримаса, замеченная им у окружающих, свидетельствует об отвращении к нему. Он переоценивает как частоту, так и степень отрицательных чувств, которые вызывает у других людей.

2. Дихотомическое мышление. Пациент-невротик склонен мыслить крайностями в ситуациях, бьющих его по чувствительным местам, например, по самооценке — при депрессии, по вероятности подвергнуться опасности — при тревожном неврозе. События обозначаются как черные или белые, хорошие или плохие, прекрасные или ужасные. Такое свойство было названо «дихотомическим мышлением», «биполярным мышлением». Например, студент думает: «Если я не сдам экзамен на пятерку, я — неудачник».

3. *Избирательная абстракция.* Это — концептуализация ситуации на основе детали, извлеченной из контекста, при игнорировании другой информации. Например, на шумной вечеринке парень начинает ревновать свою девушку, которая склонила голову к другому, чтобы лучше его расслышать.

4. *Произвольные умозаключения.* Бездоказательные, или даже противоречащие очевидным фактам, умозаключения. Примером может служить работающая мать, которая в конце тяжелого дня заключает: «Я — ужасная мать!»

5. *Сверхобобщение.* Это — неоправданное обобщение на основании единичного случая. Например, ребенок делает одну-единственную ошибку, но думает: «Я все делаю неправильно!» Или женщина заключает после обескураживающего свидания: «Все мужчины одинаковы. Меня всегда будут отвергать».

6. *Преувеличение («драматизация», «катастрофизация»).* Катастрофизация — это преувеличение последствий каких-либо событий. Примерами могут служить такие предположения пациентов: «Будет ужасно, если кто-то будет плохого мнения обо мне», «Если я буду нервничать на экзамене, это будет ужасно!»

6.5. ЦЕЛИ И ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Целями когнитивной терапии являются: исправление ошибочной переработки информации и помощь пациентам в модификации убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции. Когнитивная терапия вначале нацелена на снятие симптома, включая проблемное поведение и логические искажения, но ее конечной целью является устранение систематических предубеждений в мышлении.

Когнитиваная терапия рассматривает убеждения пациента как гипотезы, которые можно проверить с помощью поведенческого эксперимента. (Поведенческий эксперимент — это проверка искаженных убеждений или страхов в ситуациях реальной жизни.) Когнитивный терапевт не говорит пациенту, что его убеждения иррациональны или неправильны или что ему необходимо принять убеждения терапевта. Вместо этого терапевт задает вопросы для извлечения информации о значении, функции и последствиях убеждений пациента, а затем пациент решает, отвергать, модифицировать или сохранять ему свои убеждения, предварительно осознав их эмоциональные и поведенческие последствия.

Когнитивная терапия предназначена для того, чтобы научить пациентов:

а) контролировать дисфункциональные (иррациональные) автоматические мысли;

б) осознавать связи между когнициями, аффектами и поведением;

в) изучать аргументы за и против дисфункциональных автоматических мыслей;

г) заменять дисфункциональные автоматические мысли на более реалистические интерпретации;

д) идентифицировать и изменять убеждения, которые предрасполагают к искажению опыта.

Для решения этих задач в когнитивной терапии используются когнитивные и поведенческие техники.

Бек формулирует *три основные стратегии* когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие.

Эмпиризм сотрудничества заключается в том, что терапевт и пациент являются сотрудниками в исследовании фактов, которые подкрепляют или опровергают когниции пациента. Как при научном исследовании интерпретации или предположения рассматриваются как гипотезы, нуждающиеся в проверке.

Эмпирические доказательства используются для определения того, служат ли данные когниции какой-либо полезной цели. Исходные умозаключения подвергаются логическому анализу. Мышление, основанное на предубеждениях, станет очевидным для пациента, когда он осознает альтернативные источники информации. Этот процесс является партнерским между пациентом и терапевтом.

Сократовский диалог. Беседа является главным терапевтическим инструментом в когнитивной терапии, при этом широко используется сократовский тип диалога. Терапевт тщательно составляет вопросы для обеспечения нового научения. Цели этих вопросов сводятся к следующему: а) прояснить или определить проблемы; б) помочь пациенту идентифицировать мысли, образы, предположения; в) изучить значения событий для пациента; г) оценить последствия поддержания неадаптивных мыслей и поведения.

Напомним, что сущность сократовского диалога состоит в том, что пациент приходит к логическим заключениям на основе вопросов, которые ставит терапевт. Вопросы не используются для того, чтобы «поймать» пациента в ловушку, подвести его к неизбежному выводу; они ставятся так, чтобы пациент мог посмотреть на свои предположения объективно, не прибегая к защите.

Направляемое открытие. Посредством направляемого открытия пациент модифицирует неадаптивные убеждения и предположения. Терапевт служит «проводником»: он проясняет проблемное поведение и логические ошибки, создавая новый опыт посредством поведенческих экспериментов. Этот опыт ведет к приобретению новых умений и взглядов. С помощью когнитивных и поведенческих методов пациент открывает адаптивные способы мышления и поведения. Пациент научается исправлять ошибочную когнитивную переработку информации, так что в конце концов он становится независимым от терапевта. Направляемое открытие подразумевает, что терапевт не призывает пациента принять новый набор убеждений; терапевт поощряет пациента использовать информацию, факты и возможности для формирования реалистического взгляда.

6.6. КОГНИТИВНЫЕ ТЕХНИКИ

Когнитивные техники используются, ео-первых, для идентификации и последующей коррекции автоматических мыслей, во-вторых, для идентификации неадаптивных предположений (убеждений) и исследования их обоснованности.

Идентификация автоматических мыслей. Для идентификации автоматических мыслей применяется метод под названием *«заполнение пустоты»*. Эта процедура объясняется пациенту с помощью последовательности А, В, С. (А) - это возбуждающее событие, (С) — это чрезмерная, неадекватная «условная реакция», (В) — это пустота в сознании пациента, которая при заполнении ее самим пациентом сложит мостом между (А) и (С). Тератедатаческай задачей становится заполнение пустоты через элементы системы убеждений пациента. Например, один пациент описал такую последовательность: (А) — встреча со старым другом, (С) — печаль. Далее пациент сумел постепенно восстановить событие и вспомнить мысли, которые возникли в промежутке. Встреча со старым другом вызвала такую цепочку мыслей (В): «Если я поздороваюсь с ним, он, возможно, меня не вспомнит... Прошло столько времени, у нас нет ничего общего... Он может осадить меня... Встреча не будет похожа на былое». Эти мысли вызвали чувство печали.

Метод заполнения пустоты может оказать большую помощь пациентам, расстройство у которых выражается в чрезмерном чувстве стыда, тревоги, гнева или печали в межличностных ситуациях. Например, один студент избегал общественных собраний из-за необъяснимого чувства стыда, тревоги и печали. После обучения распознаванию и записи своих когниций, он сообщил, что в социальных ситуациях у него возникают такие мысли: «Никто не захочет со мной разговаривать... все думают, что я выгляжу жалким... я просто не приспособлен к обществу». После этих мыслей у него появилась униженность, чувства тревоги и печали и возникло сильное желание убежать.

Когнитивная сфера включает, помимо мыслей, образы. Некоторым пациентам легче сообщать о живых образах, чем о мыслях. Так часто бывает с тревожными пациентами. В одном исследовании было показано, что девяносто процентов тревожных пациентов сообщали о зрительных образах, предшествующих тревожному эпизоду. Женщина, боявшаяся ходить в одиночестве, видела картины сердечного приступа, смерти на улице, после чего испытывала острую тревогу. Другая женщина, ощущавшая волну тревоги при переезде через мост, признала, что тревоги предшествовали картинные образы вылетающей за перила машины. Сбор информации об образах, следовательно, является еще одним способом понимания концептуальных систем.

Автоматические мысли проверяются с помощью прямого доказательства или логического анализа. Доказательство можно получить из прошлых или настоящих обстоятельств, но оно должно быть очень близко фактам. Доказа-

тельства могут быть также получены из результатов поведенческих экспериментов. Такие эксперименты дают возможность пациенту опровергнуть прежнее убеждение. Например, если человек убежден в том, что не может вступать в контакты с другими людьми, то он может попытаться заговорить с малознакомыми ему людьми. Эмпирическая природа поведенческих экспериментов дает возможность пациентам мыслить более объективно.

Исследование мыслей пациента может вести к когнитивному изменению. Беседа может открыть логическую непоследовательность, противоречивость и другие ошибки в мышлении. Идентификация и категоризация когнитивных искажений сами по себе полезны, так как пациенты обнаруживают ошибки, которые они затем могут исправлять.

Когнитивные техники, как уже указывалось, используются также для идентификации и исследования неадаптивных предположений (убеждений), которые обычно намного менее доступны пациентам, чем автоматические мысли. Лишь некоторые пациенты способны сформулировать свои убеждения, большинство же испытывает затруднение. Убеждения служат темами для автоматических мыслей. Терапевт может предложить пациенту извлечь правила, лежащие в основе его автоматических мыслей. Терапевт может также сделать гипотезу на основании этих данных и представить свои предположения пациенту для подтверждения. Пациенты имеют право не соглашаться с терапевтом и находить более точные формулировки своих убеждений.

Если предположение (убеждение) идентифицировано, то оно открыто для модификации. Это осуществляется несколькими способами: а) спросить у пациента, является ли убеждение разумным; б) попросить пациента привести доводы «за» и «против» сохранения этого убеждения; в) предоставить доказательство, факты, противоречащие этому убеждению, то есть опровергнуть его. -

Коррекция автоматических мыслей включает декатастрофизацию, реатрибуцию, переформулирование и децентрализацию.

Декатастрофизация. Мы уже говорили, что катастрофизация — это преувеличение последствий негативных событий. Большинство проблем у пациентов возникает в контексте межличностных отношений. Наиболее распространенным предубеждением тревожных людей является следующее: «Ужасно, если кто-то будет плохого мнения обо мне». Пациенты обычно больше всего боятся низкой оценки со стороны сверстников, соучеников, сотрудников или друзей. Однако многие пациенты еще больше *боятся* перспективы показаться смешным незнакомым людям. Они с тревогой предчувствуют реакции со стороны продавцов в магазине, официантов, таксистов, пассажиров автобуса или прохожих на улице.

Человека может страшить ситуация, при которой он окажется, по его мнению, уязвимым перед критикой других людей. Он чувствителен к ситуациям, в которых способен проявить некую «слабость» или «промах». Он часто боится неодобрения за то, что непохож на других. У пациента существует смутное представление о том, что отрицание или критика каким-то образом наносят ущерб его «Я-образу».

Декатастрофизация — или, как ее еще называют, техника «что если» — предназначена для исследования действительных, фактических событий и по-

следствий, которые в представлении пациента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает пациентам подготовиться к последствиям, сопряженным со страхом. Она полезна для уменьшения избегания.

Бек приводит следующий пример использования «декатастрофизации» у студента, который становился заторможенным в различных ситуациях, требующих отстаивания своего «Я», например, спросить дорогу у незнакомого человека, проверить кассовый дубликат своего счета, отказаться от чьей-либо просьбы, попросить кого-либо об одолжении, выступить перед аудиторией.

Пациент: Мне нужно завтра выступить перед своей группой, и я перепуган до смерти.

Терапевт: Чего же вы боитесь?

П.: Мне кажется, я буду выглядеть дураком.

Т.: Предположим, вы действительно будете выглядеть дураком. Что в этом плохого?

П.: Я этого не переживу.

Т.: Но послушайте, предположим, они будут смеяться над вами. Неужели вы от этого умрете?

П.: Конечно, нет.

Т.: Предположим, они решат, что вы — наихудший из всех существовавших ораторов... Разрушит ли это вашу будущую карьеру?

П.: Нет... Но неплохо быть хорошим оратором.

Т.: Конечно, неплохо. Но если вы потерпите неудачу, неужели родители или жена отрекутся от вас?

П.: Нет... они отнесутся с сочувствием.

Т.: Так что же в этом самое ужасное?

П.: Я буду плохо чувствовать себя.

Т.: И долго вы себя будете плохо чувствовать?

П.: День или два.

Т.: А затем?

П.: Затем все придет в порядок.

Т.: Итак, вы боитесь, что на карту поставлена ваша судьба.

П.: Верно. У меня такое ощущение, что на карту поставлено все мое будущее.

Т.: Итак, где-то по дороге ваше мышление дает сбой... и вы склонны рассматривать любую неудачу, словно это конец света... Вам нужно на самом деле обозначить свои неудачи как неуспехи в достижении цели, а не как страшное бедствие. Вам нужно начать оспаривать свои ложные посылки.

(На следующем сеансе — после того как пациент произнес речь, которая, как он и предчувствовал, оказалась несколько расстроенной вследствие его страхов, — были рассмотрены его представления о неудаче.)

Терапевт: Как вы себя сейчас чувствуете?

Пациент: Я чувствую себя лучше... но был разбит в течение нескольких дней.

Т.: Что вы теперь думаете о своем мнении, что нескладная речь — это катастрофа?

П.: Конечно, это не катастрофа. Это неприятно, но я переживу.

(Далее была проведена работа с пациентом по изменению его представления о неудаче как катастрофе. Перед следующим выступлением через неделю

у него было гораздо меньше тревожных предчувствий, и во время выступления он ощущал меньший дискомфорт. На очередном сеансе пациент полностью согласился с тем, что придавал слишком большое значение реакциям своих товарищей. Произошел следующий разговор.)

Пациент: Во время последнего выступления я чувствовал себя гораздо лучше... Мне кажется, это дело опыта.

Терапевт: Возник ли у вас хоть какой-то проблеск осознания того, что чаще всего не так уж важно, *что* люди думают о вас?

П.: Если я собираюсь стать врачом, мне необходимо производить хорошее впечатление на своих пациентов.

Т.: Плохой вы врач или хороший, зависит от того, насколько хорошо вы диагностируете и лечите своих пациентов, а не от того, насколько успешно вы выступаете перед публикой.

П.: Ладно... я знаю, что с пациентами у меня все в порядке, и мне кажется, что именно это главное.

(Заключительная часть лечения была посвящена рассмотрению тех неадаптивных убеждений пациента, которые вызывали дискомфорт в других ситуациях. Пациент сообщил о новой позиции, к которой пришел: «Я теперь вижу, насколько смешно тревожиться по поводу реакции совершенно незнакомых людей. Я никогда их больше не увижу. Поэтому, какая разница, что они обо мне подумают?»)

Реатрибуция. Это техники, которые проверяют правильность автоматических мыслей и убеждений, рассматривая альтернативные причины событий. Реатрибуция особенно полезна в тех случаях, когда пациенты воспринимают себя как причину событий (явление персонализации) или, при отсутствии доказательств, приписывают причину события другому человеку или какому-то единственному фактору. Техники реатрибуции предполагают проверку реальности и исследование всех факторов, которые повлияли на возникновение ситуации.

Переформулирование. Эта техника предназначена для мобилизации человека, который считает, что проблема не контролируется им. Например, одинокому человеку, который думает: «Никто не обращает на меня внимания», рекомендуется по-новому сформулировать проблему: «Мне нужно протянуть руку другим людям, чтобы обо мне позаботились». При формулировании проблемы по-новому необходимо предусмотреть, чтобы она получила более конкретное и специфичное звучание; кроме того, она должна быть обозначена с точки зрения поведения пациента.

Децентрализация. При различных психологических расстройствах — тревоге, депрессии, параноидных состояниях — главное искажение мышления проистекает из склонности пациента персонифицировать события, которые не имеют к нему отношения. Метод освобождения пациента от свойства видеть в себе точку сосредоточения всех событий называется децентрализацией. Для проверки искаженных убеждений пациентов предлагаются *поведенческие эксперименты.* Например, один студент, который предпочитал молчать на занятиях, считал, что его товарищи постоянно наблюдают за ним и замечают его тревогу. Ему было предложено понаблюдать за ними, вместо того, чтобы сосредоточиваться на своем дискомфорте. Когда он увидел, что одни студенты конспек-

тируют, другие слушают профессора, а третьи мечтают, то пришел к выводу, что его товарищи озабочены другими делами.

Идентификация и коррекция дисфункциональных убеждений (позиций, «схем»). Эти убеждения, как указывалось, являются менее доступными для анализа, чем автоматические мысли. Об убеждениях пациентов можно судить по темам их автоматических мыслей. Дополнительным источником для формирования гипотез, связанных с убеждениями, являются поведение пациентов, стратегии преодоления ими трудностей, личные истории. Пациентам часто трудно сформулировать свои убеждения без помощи терапевта, поэтому терапевт представляет гипотезы пациентам для проверки. Для коррекции убеждений терапевт может:

1) задавать пациентам вопросы с целью побуждения их исследовать свои убеждения. Например: «Является ли данное убеждение разумным?», «Какие преимущества и неудобства связаны с сохранением данного убеждения?»;

2) организовывать *«когнитивный эксперимент»,* в ходе которого пациенты проверяют истинность своих убеждений. Например, пациентка Бека из-за опасения обнаружить, что не может доверять своему мужу, постоянно искала у него недостатки, в результате чего их отношения становились все более отчужденными. Ее основным убеждением было: «Я ни в коем случае не могу позволить себе оказаться уязвимой». Бек предложил ей трехмесячный эксперимент, чтобы проверить гипотезу. «Если я полностью посвящу себя налаживанию отношений с мужем, буду искать положительное вместо отрицательного, я стану чувствовать себя в большей безопасности». В результате пациентка обнаружила, что она стала более уверенной и стала меньше думать о разводе с мужем;

3) использовать образы для того, чтобы помочь пациентам вновь пережить случившиеся в прошлом события и таким образом реструктурировать свой опыт и сформированные на его основании убеждения;

4) использовать детский опыт пациентов с расстройствами личности для пересмотра их убеждений, сформированных в рассматриваемый период, в процессе ролевой игры со сменой ролей;

5) помогать пациентам заново формировать убеждения, заменять дисфункциональные убеждения на более конструктивные. Этот прием является одним из центральных в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса.

6.7. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ

Когнитивная терапия использует поведенческие техники для модификации автоматических мыслей и предположений (убеждений). Она прибегает к поведенческим экспериментам, предназначенным для опровержения специфических неадаптивных убеждений и обеспечения нового научения. В поведенческом эксперименте пациент перед его началом предсказывает результат, основанный на автоматических мыслях, а затем выполняет заранее согласованное с терапевтом поведение и, наконец, оценивает результат в свете нового опыта.

Поведенческие техники используются также для расширения репертуара поведенческих реакций пациента (тренинг умений); для расслабления (прогрессивная релаксация); для стимуляции активности (планирование деятельности); для подготовки пациента к ситуациям, вызывающим тревогу (поведенческая репетиция); для предъявления стимулов, вызывающих страх (экспозиционная терапия).

Так как поведенческие техники используются для когнитивного изменения, очень важно знать восприятие пациента, его мысли и выводы после каждого поведенческого эксперимента.

Домашнее задание дает пациентам возможность применять когнитивные принципы между занятиями. Типичное домашнее задание состоит в самонаблюдении и самоконтроле, в эффективном структурировании времени и выполнении процедур, относящихся к специфическим ситуациям. Самоконтроль применяется к автоматическим мыслям пациента и к его реакциям в различных ситуациях. Дома практикуются также новые когнитивные навыки, такие как умение опровергать автоматические мысли.

Проверка гипотезы. Эта техника имеет и когнитивный, и поведенческий компоненты. При создании «гипотезы» необходимо сделать ее специфичной и конкретной. Нельзя пользоваться обобщающими ярлыками, неясными терминами и неопределенными понятиями. Например, пациент настаивал на том, что он плохой врач. Терапевт попросил перечислить аргументы в пользу такого заключения. При перечислении пациент не учел такие факторы, как раппорт с пациентами и способность принимать решения в ситуации цейтнота. Эти критерии были добавлены терапевтом. Затем пациенту было предложено контролировать свое поведение и попросить обратную связь от своих коллег и супервизоров для проверки своей гипотезы. В результате он пришел к выводу, что он «все-таки хороший доктор».

Репетиция поведения и ролевая игра используются для тренировки умений или техник, которые позднее будут применяться in vivo. В тренинге умений используется также моделирование. Часто ролевая игра записывается на видеомагнитофон, чтобы иметь объективный источник информации для оценки исполнения.

Техники отвлечения внимания предназначены для уменьшения сильных эмоций и негативного мышления. Сюда входит физическая деятельность, социальные контакты, работа, игра.

Задания с постепенным усложнением задачи. Эта техника предусматривает начальную деятельность на безопасном уровне, постепенно терапевт увеличивает трудность задач. Например, пациент, испытывающий трудности в общении, может начать взаимодействие с каким-либо одним человеком или с маленькой группой знакомых, или может общаться с людьми на протяжении короткого периода времени. Затем, шаг за шагом, пациент увеличивает время, которое он проводит с другими.

Экспозиционная терапия дает информацию о мыслях, образах, психологических симптомах и уровне напряжения, испытываемом тревожным пациентом. Специфические мысли и образы могут быть исследованы на искажения, после чего пациентов можно научить специфическим копинг-умениям.

Планирование деятельности. Эта процедура сводится к выполнению распорядка дня и оценке исполнения той или иной деятельности (используя шкалу от 0 до 10) и степени удовлетворения от этой деятельности. Планирование деятельности приводит, например, к тому, что пациенты, прежде считающие, что их депрессия держится на постоянном уровне, видят колебания настроения; пациенты, которые считают, что не могут выполнить или получить удовлетворение от какой-либо деятельности, убеждаются в противном; пациенты, которые считают, что они не активны из-за присущего им дефекта, видят, что деятельность можно планировать и что она обладает подкрепляющим эффектом.

6.8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

Бек и его сотрудники разработали несколько диагностических тестов для измерения уровня депрессии и склонности к суицидальному поведению, наиболее известными из которых являются следующие: 1) шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory); 2) шкала суицидального мышления (Scale for Suicide Ideation); 3) шкала суицидального намерения (Suicide Intent Scale); 4) шкала безнадежности (Hopelessness Scale). Самым известным тестом из перечисленных является «шкала депрессии Бека», которая широко применяется психологами, врачами и социальными работниками для выявления депрессии у пациентов.

6.9. ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Когнитивная терапия является подходом, центрированным на настоящем. Она директивна, активна, ориентирована на проблему.

Первоначально когнитивная терапия использовалась в индивидуальной форме, теперь она используется в семейной терапии и терапии супружеских пар, а также в групповой форме. Она может применяться в сочетании с фармакотерапией в амбулаторных и стационарных условиях.

Когнитивная терапия широко используется для лечения эмоциональных расстройств и униполярной депрессии. Исследования по сравнению эффективности когнитивной терапии и терапии антидепрессантами показали, что когнитивная терапия имеет лучшие результаты или, по крайней мере, такие же результаты, как терапия антидепрессантами. Катамнестические исследования длительностью от трех месяцев до двух лет показали, что отдаленные результаты лечения лучше при когнитивной терапии, чем при фармакологическом лечении.

Когнитивная терапия является терапией выбора в тех случаях, когда пациент отказывается от лекарств и предпочитает психологическое лечение. Она является терапией выбора также в тех случаях, когда у пациента имеются побочные эффекты от антидепрессантов или когда у больного обнаруживается резистентность к лечению антидепрессантами.

Когнитивная терапия не рекомендуется как единственное средство при лечении биполярных аффективных расстройств или психотической депрессии. Она также не применяется как единственная терапия при лечении шизофрении и других психозов.

6.10. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Этот случай, заимствованный у A. Beek и M.Weishaar, показывает использование и поведенческих, и когнитивных техник при лечении пациента с тревожным расстройством.

Представление проблемы. Пациент, 21-летний студент колледжа, жаловался на трудное засыпание и частые пробуждения, заикание, дрожь в теле, чувство нервозности, головокружение и беспокойство. Проблемы со сном становились особенно острыми перед экзаменами или спортивными соревнованиями. Свои речевые проблемы он объяснил тем, что ему трудно подобрать «нужное слово».

Пациент рос в семье, в которой ценили конкуренцию. Родители поощряли соперничество у пациента и его сиблингов. Так как он был старшим ребенком, от него ожидали побед во всех соревнованиях. Родители считали, что дети должны превзойти их в достижениях и успехе. Они так сильно отождествлялись с достижениями сына, что он считал: «Мои успехи — это их успех».

Родители поощряли конкуренцию и с детьми за пределами семьи. Отец напоминал ему: «Никому не позволяй быть лучше себя». В результате того, что он видел в сверстниках своих соперников, у него не было друзей. Чувствуя одиночество, он отчаянно пытался привлечь друзей всякими проказами и небылицами, чтобы возвеличить свой образ и сделать свою семью более привлекательной. Хотя у него были знакомые в колледже, друзей было мало, так как он не мог раскрыть себя, боясь, что другие обнаружат, что он не такой, каким хотел бы быть.

Начало терапии. После сбора информации, касающейся диагноза, ситуации и истории, терапевт попытался определить, какой вклад внесли когниции пациента в его дисстресс.

Терапевт: Какие ситуации больше всего расстраивают вас?

Пациент: Когда у меня неудачи в спорте. Особенно в плавании. А также, когда я ошибаюсь, даже когда играю в карты с ребятами по комнате. Я сильно расстраиваюсь, если девушка меня отвергает.

Т.: Какие мысли проходят в вашей голове, когда вам, скажем, что-то не удается в плавании?

П. Я думаю о том, что люди меньше обращают на меня внимание, если я не на высоте, не победитель.

Т. А если вы делаете ошибки при игре в карты?

П. Тогда я сомневаюсь в своих интеллектуальных способностях.

Т. А если девушка отвергает вас?

П. Это значит, что я заурядный... Я теряю ценность как человек.

Т. Вы не видите связи между этими мыслями?

П. Да, я думаю, что мое настроение зависит от того, что обо мне думают другие люди. Но ведь это так важно. Я не хочу быть одиноким.

Т. Что значит для вас быть одиноким?

П. Это значит, что со мной что-то не в порядке, что я неудачник.

(В этом месте терапевт начинает строить гипотезу об убеждениях пациента: его ценность определяется другими, он непривлекателен, потому что ему присуще нечто неполноценное, он неудачник. Терапевт ищет доказательства того, что эти убеждения являются центральными, но при этом остается открытым для других идей.)

Терапевт помогает пациенту в составлении списка целей терапии, который включает в себя: 1) уменьшение перфекционизма; 2) снижение уровня тревоги; 3) улучшение сна; 4) усиление близости в дружбе; 5) развитие своих собственных ценностей, не зависимых от родительских. Первой для решения была взята проблема тревоги. Предстоящий экзамен был выбран в качестве ситуации-мишени. Пациент учил к экзамену намного больше того, что требовалось, ложился спать изможденный, с трудом засыпал, просыпался среди ночи, думая о предстоящем экзамене и его возможных последствиях, утром шел на экзамен истощенным. Чтобы уменьшить мысленную жвачку об экзамене, терапевт попросил пациента перечислить выгоды от нее.)

Пациент: Ну, если я не буду думать об экзамене, я могу что-нибудь забыть. Если же я буду постоянно думать, то лучше подготовлюсь.

Терапевт: У вас когда-нибудь была ситуация, когда вы были «хуже подготовлены»?

П.: Не на экзамене, но однажды я принимал участие в больших соревнованиях по плаванию и накануне вечером был с друзьями и не думал. Я вернулся домой, лег спать, а утром встал и пошел плавать.

Т.: Ну и как получилось?

П.: Прекрасно! Я был в форме и проплыл довольно хорошо.

Т.: Основываясь на этом опыте, не считаете ли вы, что есть основания меньше беспокоиться о своем исполнении?

П.: Да, наверное. Мне не повредило то, что я не беспокоился. На самом деле мое беспокойство только расстраивает меня.

(Благодаря собственному разумному объяснению пациент сумел отказаться от постоянного перемалывания мыслей об исполнении. Затем он был готов отказаться от своего неадаптивного поведения и рискнуть попробовать что-то новое. Терапевт обучил пациента прогрессивной релаксации, и пациент начал пользоваться ею для уменьшения тревоги.

Пациенту было также объяснено, что когниции влияют на поведение и настроение. Подхватив утверждение пациента о том, что беспокойство может расстраивать, терапевт продолжает работу.)

Терапевт: Вы упомянули, что когда вы беспокоитесь об экзаменах, то испытываете тревогу. Попытайтесь теперь вообразить, что вы лежите в постели ночью перед экзаменом.

Пациент: Хорошо, я готов.

Т.: Представьте, что вы думаете об экзамене и решаете, что недостаточно подготовились.

П.: Да, представил.

Т.: Что вы чувствуете?

П.: Я чувствую нервозность. Мое сердце начинает колотиться. Думаю, что мне надо встать и позаниматься еще.

Т.: Хорошо. Когда вы думаете, что не подготовлены, у вас возникает тревога и вам хочется встать. Теперь представьте, что вы лежите в постели накануне экзамена и думаете о том, как вы хорошо подготовились и знаете материал.

П.: О'кей. Теперь я чувствую себя уверенно.

Т.: Вот! Видите теперь, как Ваши мысли влияют на чувства тревоги?

(Пациенту было предложено записывать автоматические мысли, распознавать когнитивные искажения и отвечать на них. В качестве домашнего задания его попросили записывать автоматические мысли, если он с трудом засыпал перед экзаменом. Одна из автоматических мыслей была: «Наверное, я опять буду думать об экзамене». Его ответ был: «Сейчас мысли об экзамене уже не имеют никакого значения. Я подготовился». Другая мысль была: «Мне надо уснуть сейчас! Мне надо спать восемь часов!» и ответ: «Я оставил время про запас, так что у меня оно есть. Сон не так уж важен, чтобы беспокоиться о нем». Он сумел переключить свое внимание и мысли на позитивный образ: он представил себя, плывущего в чистой голубой воде.

Наблюдая свои автоматические мысли в различных ситуациях (академических, спортивных, социальных), пациент научился опознавать дихотомическое мышление («со щитом или на щите») как частое когнитивное искажение. При работе с дихотомическим мышлением две техники помогли пациенту: трансформация («рефрейминг») проблемы и создание континуума между дихотомическими категориями. Проблема пациента была трансформирована следующим образом.)

Терапевт: Если кто-то игнорирует вас, могут ли здесь быть другие причины кроме той, что вы — неудачник?

Пациент: Нет. Если я не смогу убедить их, что я значителен, я не смогу привлечь их.

Т.: Как вы убеждаете их в этом?

П.: Если сказать правду, то я преувеличиваю свои успехи. Я привираю о своих оценках в классе или говорю, что победил в соревновании.

Т.: И как это срабатывает?

П.: На самом деле не очень хорошо. Мне неловко, и они смущены моими рассказами. Иногда они не обращают особого внимания, иногда же отходят от меня после того, как я наговорю о себе слишком много.

Т.: Значит, в некоторых случаях они отвергают вас, когда вы привлекаете их внимание к себе?

П.: Да.

Т.: Это как-то связано с тем, победитель вы или неудачник?

П.: Нет, они даже не знают, кто я внутри. Они просто отворачиваются, потому что я говорю слишком много.

Т.: Да. Получается, что они реагируют на ваш стиль разговора.

(Терапевт переводит проблему с ситуации, в которой пациент обнаруживает свою неполноценность, на ситуацию, характеризующуюся проблемой социальных умений. (На входе: «меня игнорируют, потому что я неудачник»; на выходе: «меня игнорируют, потому что моя манера общения не устраивает людей».) Более того, тема «я неудачник» оказалась столь актуальной для пациента, что он называет ее «главным убеждением». Это предположение можно проследить исторически и найти его корни в постоянной критике родителями его ошибок и недостатков. Анализируя свою историю, он смог увидеть, что его ложь мешала людям сближаться с ним, и тем самым подкреплялось его убеждение в том, что они не хотят дружить с ним. Кроме того, он считал, что всем своим успехам он обязан родителям и ни одно достижение не было только его достижением. Это злило его и приводило к недостатку самоуверенности.

Дальнейшее лечение. По мере продвижения терапии домашние задания сосредоточились на социальном взаимодействии. Он учился начинать разго-

вор и задавать вопросы, чтобы больше узнать о других людях. Он также учился «прикусывать язык», когда возникало желание приукрасить себя. Он учился контролировать реакции окружающих к себе и обнаружил, что они хоть и различны, но в целом позитивны. Слушая других, он заметил, что восхищается людьми, которые открыто признают свои недостатки и высмеивают свои ошибки. Этот опыт помог ему понять, что бессмысленно делить людей, включая его самого, на «победителей» и «неудачников».

На последних занятиях пациент высказал убеждение, что его поведение отражается на его родителях и наоборот. Он сказал: «Если они выглядят хорошо, то это что-то говорит обо мне, и если я выгляжу хорошо, то это делает им честь». В одном задании ему было предложено перечислить способы, которыми он отличается от родителей. Он отметил, что «сознание, что мои родители и я отдельны, приводит меня к осознанию того, что я могу прекратить лгать». Осознание того, что он отличается от родителей, освободило его от их абсолютистских стандартов и позволило ему стать менее застенчивым при взаимодействии с другими.

В результате терапии у пациента появились интересы и увлечения, не имеющие отношения к достижениям. Он начал ставить умеренные и реалистические цели в образовании и стал встречаться с девушкой.

Глава 7

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Гештальт-терапия, созданная Фредериком Перлзом в начале XX века, получила распространение в Соединенных Штатах и Канаде в 60-70-х годах, в связи с ростом «движения за актуализацию человеческого потенциала», где она становится в один ряд с такими традиционными в лечении эмоциональных расстройств направлениями психотерапии, как психоанализ и бихевиоральная терапия. Что касается Западной Европы, то в 1984 г. R. Tillet указывал на то, что в Англии с теорией и методами этой терапии знакомы всего несколько психиатров. По мнению этого автора, в этом повинны «заокеанская репутация» и радикальный характер гештальт-терапии. Перлз был убежден, что подлинно холистический (целостный) взгляд на человека и психотерапию требует существенной деинтеллектуализации. Западный интеллект, по словам Перлза, становится бледной и немощной подменой непосредственного чувствования и переживания. Перлз полагал, что интеллект в западной культуре переоценивается и используется чрезмерно, в особенности в попытке понять человеческую природу. Он в большей мере верил в то, что называл «мудростью организма», и эту мудрость он понимал как своего рода интуицию, основанную скорее на эмоциях, чем на интеллекте. Интеллект Перлз часто сравнивал с компьютером. Постоянное стремление выяснить, *почему* происходит нечто, мешает людям пережить *как* это происходит: подлинное эмоциональное осознание блокируется изобретенными объяснениями. Объяснение же, по Перлзу, — особенность интеллекта, не имеющая отношения к пониманию. Антиинтеллектуальная позиция Перлза отражена в его известном афоризме «Забудь о своем уме и доверься чувствам».

К. Рудестам, давая оценку гештальт-терапии, пишет о том, что Перлз был терапевтом с уникальной интуицией и чувствительностью, его яркая, незаурядная личность, а также вызывающий стиль в глазах многих людей носили отпечаток большой самонадеянности. В настоящее время последователи Перлза, занимаются ли они только гештальт-терапией или заимствуют некоторые ее приемы, принимают те теоретические понятия гештальт-терапии и используют те ее техники, которые в наибольшей степени соответствуют их стилю.

7.1. ПРЕДЫСТОРИЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Фредерик (Фриц) Перлз (1893-1970) родился в Берлине в мелкобуржуазной еврейской семье. Получив медицинское образование, он специализировался по психиатрии. В 1926 г. он работал в Институте военных мозговых травм в Берлине под руководством Курта Гольдштейна — одного из пионеров гештальт-психологии. Благодаря этому сотрудничеству он проникся пониманием того, что человеческий организм нужно рассматривать как целое, а не как конгломерат отдельно функционирующих частей. В 1927 г. он переехал в Вену и начал психоаналитическое обучение. Его аназировал Вильгельм Райх, с ним работали выдающиеся представители раннего психоаналитического движения — Карен Хорни, Отто Фенихель, Элен Дойч и др. В 1933 г., с приходом к власти Гитлера, Перлз бежал в Голландию, а затем в Южную Африку, где основал Южно-Африканский институт психоанализа. Несколькими годами позже Перлз открыто порвал с психоаналитическим движением, а в 1946 г. эмигрировал в Соединенные Штаты. В 1952 г. он основал в Нью-Йорке Институт гештальт-терапии. В начале 60-х годов Перлз переехал в Калифорнию, где преподавал в Исаленском институте.

На формирование взглядов Перлза оказали влияние психоанализ, идеи Вильгельма Райха, гештальт-психология, феноменология и экзистенциализм. Кроме того, заметно влияние идей создателя психодрамы Морено и философии дзен-буддизма.

Получив из гештальт-психологии представление об организме человека как целом, Перлз почувствовал, что психоанализу как раз не хватает холистического подхода, при котором индивид и его среда рассматриваются как постоянно взаимодействующие части поля. Это привело Перлза к акцентированию, в отличие от Фрейда, *очевидного,* а не вытесненного материала в понимании и проработке внутренних конфликтов. Перлз подчеркивает важность рассмотрения ситуации в настоящем, а не исследования причин в прошлом. Перлз полагал, что осознание человеком того, *как* он ведет себя в каждое мгновение, важнее для понимания себя и для способности измениться, чем понимание того, *почему* он ведет себя таким образом.

Перлз расходился с Фрейдом также и в теории инстинктов. По Перлзу, поведение человека детерминировано не инстинктами, а так называемыми незаконченными ситуациями, то есть неудовлетворенными потребностями. Ни один из инстинктов не является основным (например, сексуальный или агрессивный, как у Фрейда),все потребности — это прямое выражение инстинктов организма.

Перлз полагал, что психоаналитический метод интерпретации свободных ассоциаций создает избегание прямого переживания ассоциируемого материала и поэтому является недостаточно эффективным в исследовании себя.

Фрейдовский акцент на «сопротивлении» слегка смещен Перлзом. Перлз говорит об избеганиях осознания разного рода, подчеркивая *форму* самого этого

избегания, а не его *содержание* (в частности, правильным вопросом является «как я избегаю осознания?», а не «что я не хочу осознавать?»).

Фрейд считает *перенесение* основой терапевтического процесса. Перлз рассматривает феномен перенесения как важный аспект проекции невротического механизма, которому он придает большое значение. Однако в терапии он не работает так много с перенесением, как Фрейд.

Перлз не принимает фрейдовскую предпосылку, что главным в терапии является осознание вытесненного материала, после чего сама собой происходит проработка и ассимиляция этого материала. Перлз считает, что ассимиляция ранее интроецированного опыта (черт характера, привычек, отношений, стереотипов поведения и т. д.) является трудной и важной задачей терапии.

Развивая свой подход, Перлз пришел к мировоззрению, весьма отличному от психоаналитического, но вместе с тем можно заметить много соответствий между психоанализом и гештальт-терапией. Вот некоторые из концептуальных соответствий: фрейдовские свободные ассоциации и перлзовский континуум осознания; фрейдовское сопротивление и перлзовское избегание осознания; фрейдовские навязчивые действия и перлзовские незаконченные ситуации; проекции у Фрейда и у Перлза и т. д.

Сильное влияние на Перлза оказал также Вильгельм Райх с его учением о характере и «мышечном панцире». Райх предполагал, что психологическая защита выражается на физиологическом уровне в виде мышечных зажимов (клинчей). Если удается пробиться через этот панцирь, то открывается доступ к вытесненным психологическим содержаниям. Райх просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше осознать его и выявить заблокированную эмоцию. Психотерапевтическая работа Райха постепенно переместилась в направлении освобождения эмоций (удовольствия, гнева, волнения) посредством работы с телом. Работы Райха оказали большое влияние на представления Перлза о взаимосвязи тела и психики.

Другим важным источником гештальт-терании является гештальт-психология. Гештальт (или «целостная структура», «паттерн») — это специфическая организация частей, которая составляет определенное целое. Основной принцип подхода гештальт-психологии состоит в том, что анализ частей не может обеспечить понимание целого, поскольку целое определяется взаимодействием частей. Гештальт-психология выдвинула ряд предположений относительно того, как организм адаптируется, достигая оптимальной организации и равновесия. Один из аспектов этой адаптации состоит в том, что организм в данном поле делает свое восприятие значимым, различая фигуру и фон. Это поясняется известным гештальт-рисунком (рис. 1).

Если рассматривать белую фигуру на темном фоне, мы видим белую вазу; если рассматривать черную фигуру на белом фоне — две повернутые друг к другу головы в профиль. Этот феномен показывает, как организм выбирает то, что ему интересно и важно в каждый данный момент. Например, если человек испытывает жажду, то стакан воды, даже если его поместить среди его любимых яств, будет восприниматься как фигура на фоне еды. Таким образом восприятие приспосабливается к удовлетворению потребностей. Когда жажда будет удовлетворена, восприятие фигуры-фона может измениться в соответ-

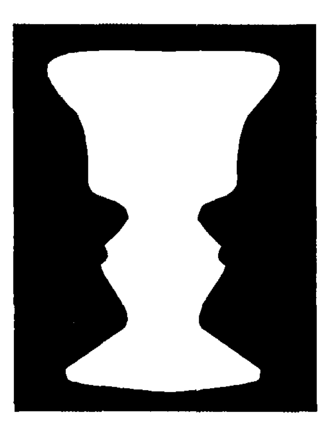


Рис. 1. Восприятие фигуры-фона.

ствии со сменой доминирующей потребности. Заслуга Перлза состояла в том, что он впервые применил принципы гештальт-психологии в психотерапии.

Перлз называл свой подход экзистенциальной терапией. Он соглашался с главным положением экзистенциально-феноменологического подхода, что индивидуальный опыт может быть понят только из непосредственного описания уникальной ситуации человека. Перлз утверждал далее, что встреча пациента с терапевтом — это экзистенциальная встреча двух человеческих существ, а не разновидность традиционного отношения врач —пациент.

Как и большинство экзистенциалистов, Перлз отвергал идею разделения ума и тела как двух различных аспектов существования. Гештальтистская точка зрения привела Перлза к отрицанию не только этого разделения, но и разделения субъекта и объекта и даже организма и среды. Отказываясь рассматривать человека как существо, противостоящее миру, переживаемому в отдельности от него самого, Перлз утверждал, что люди творят и создают свои миры: для каждого мир существует как его раскрытие.

7.2. ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Каждый организм стремится к достижению *состояния полного функционирования,* что означает дополнение (или завершение) внутренней организации. Гештальт-психологи показали, что человек в процессе восприятия внешнего мира не воспринимает отдельные элементы действительности как изолированные и не взаимосвязанные, а организует их в целое или в гештальты, имеющие для него значение. По мнению Перлза, этот принцип создания гештальтов, или фигур, воплощающий стремление к дополнению, является не только основой *процесса восприятия, но* и универсальным принципом организации функционирования всех живых организмов. Все, что препятствует или прерывает создание или завершение этих фигур, является вредным для организма и приводит к возникновению так называемых незаконченных ситуаций, которые требуют завершения. Каждый аспект личности может создать такую фигуру, дополнение и завершение которой означает ассимиляцию и включение в целое. Если в процессе создания и завершения слишком много таких гештальтов оказываются заблокированными, то личность подвергается дезинтеграции.

Сохранение равновесия в этой сфере является основой психического здоровья. Если человек испытывает нарушение этого равновесия, то возникает мотивация к изменению в собственном функционировании. Следовательно, в отличие от психоанализа, человек мотивируется не влечениями, а незаконченными ситуациями, или незавершенными гештальтами.

2. Функционирование индивида осуществляется посредством процесса саморегуляции, благодаря которому организм удовлетворяет свои потребности (или незавершенные гештальты) и поддерживает равновесие в постоянно меняющихся условиях. Этот процесс совершается постоянно, поскольку очередные ситуации и интеракции с окружением ведут к возникновению новых потребностей (открытых, незавершенных гештальтов) и нарушают временное состояние равновесия. Для эффективного удовлетворения этих потребностей (для завершения гештальтов) необходимо сформирование внутренней иерархии их важности. Когда это наступает, то доминирующая в данный момент потребность может приобрести влияние на ход мышления и поведения, приводящих к ее удовлетворению (то есть к ликвидации завершенного гештальта). Тогда следующая потребность, получившая доминирующую позицию, приобретает влияние на организацию деятельности.* Таким образом, если потребность, стимулирующая деятельность, возникает из целостной внутренней

* Когда потребность актуальна, то говорят, что «гештальт открыт», когда же потребность удовлетворена, то говорят, что «гештальт закрыт». Точно так же говорят о «незавершенном гештальте» (неудовлетворенной потребности) или «завершенном гештальте» (удовлетворенной потребности).

организации, то существует возможность мобилизации всей энергии, которой располагает организм, и полной концентрации на предпринимаемых действиях. Однако очень часто дело не доходит до создания четкой иерархии потребностей, и многие из них стимулируют одновременно разные действия, часто противоположные, и значительная часть энергии подвергается рассеянию.

3. Индивид может существовать только в границах *среды,* являющейся целостным полем, включающим его и окружение, а его поведение является функцией всего поля. Основой существования индивида является выделение себя из окружения и установления границы контакта, через которую происходит обмен с окружением и которая обеспечивает внутреннюю интегральность.

В области контакта индивид сохраняет свое отличие от окружения, производит отбор и ассимиляцию тех субстанций, которые являются подходящими, и отвергает те, которые не нужны и опасны. Умение проводить различие между этими двумя видами субстанций является условием здорового функционирования и развития индивида. Определение «субстанции» следует здесь понимать в широком значении, охватывающим все то, что может получить личность из окружения, а именно — пища, информация, суждения, оценки, ценности, образцы поведения и мышления и т. д. Различие между тем, что подходит и что не подходит, производится лишь в ходе попыток ассимиляции и основывается на актуальном состоянии способности усвоения данного элемента таким образом, чтобы он стал интегральной частью целого. Поэтому то, что не может быть в данный момент ассимилировано индивидом, оказывается для него неподходящим. В связи с этим особое значение приобретает сам *процесс ассимиляции,* модель которого, созданная Перлзом, содержит аналогию с едой и пищеварением. Содержания, которые оказались в сфере контакта, должны быть деструктурированы, раздроблены и поглощены в том объеме, который представлен потребностями и актуальными возможностями усвоения. В этом случае они становятся собственностью индивида и он может идентифицироваться с ними. Понимаемая таким образом ассимиляция порождает изменение целостности и является основой развития.

Элементы, которые не подверглись ассимиляции, претерпевают *отчуждение и удаление (ликвидацию).* В этом процессе существенную роль выполняют агрессивные формы активности, являющиеся эквивалентом разгрызания и разрывания пищи, необходимые для деструктурализации элементов, воспринимаемых из окружения. Такая здоровая агрессивность означает мобилизацию организма относительно появляющихся новых, еще не усвоенных содержаний, а также ликвидацию завершенных гештальтов с тем, чтобы создать возможность постоянной ассимиляции и возникновения новых гештальтов.

Основными способами функционирования индивида в его связи с окружением является *контакт и отступление (отказ).* Если функционирование протекает без нарушений, то человек стремится к объектам или ситуациям, избирательно выделенным в качестве желательных для организма в целом, и отказывается от ситуаций или дел, воспринимаемых как бесполезные, опасные или утратившие интерес. Следовательно, саморегуляция организма охватывает как управление ритмом контакта и отступления, так и управление процессами ассимиляции и отчуждения в моменты контакта.

4. Характерным элементом гештальт-терапии является внимание к процессам и явлениям, происходящим в организме как целом, а не в отдельных эле-

ментах его структуры. Весь организм является субъектом деятельности, охватывающей физические и символические действия. По мнению Перлза, организм как целое реагирует и воздействует на окружение с разной интенсивностью, используя разное количество энергии. Умственная деятельность является деятельностью, вовлекающей всего человека, протекающей на более низком энергетическом уровне, чем физическая деятельность. Человек, пользуясь своей способностью к научению и манипулированию символами и абстрактными понятиями, в своих действиях в некотором смысле замещает одно другим. Он символически делает то, что мог бы делать физически, а переход деятельности из одной формы в другую направляется единым требованием организма it обстоятельств.

Феноменом целостного функционирования организма также являются *эмоциональные проявления.* Основой всех эмоциональных проявлений является возбуждение, отражающее переживание повышения энергетической мобилизации организма. Эмоции представляют собой ответ организма на переживание контакта с новой или возбуждающей ситуацией. Появление на фоне этого усиленного возбуждения каких-то специфических телесных ощущений является началом преобразования его в специфические эмоциональные состояния. Конечной фазой этого процесса является включение сознания, направленного на познание отношения между организмом и средой. Из связи этих трех аспектов: общего возбуждения, специфических телесных ощущений и познавательной ориентации — возникает переживание определенного эмоционального состояния. Искажение любого из этих трех факторов может послужить источником нарушений в этой сфере.

Эмоции могут выполнять две существенные функции в жизни человека: они представляют собой источник важных для организма сигналов и стимул к действию. Переживание определенного эмоционального состояния является непосредственной оценкой важности задачи, стоящей перед человеком в данное время, ее значения для организма как целого. Определение этого значения посредством уяснения для себя актуального переживания помогает в ориентации и направлении собственной деятельности.

5. Основным процессом, интегрирующим функционирование организма, является *осознание.* Принцип саморегуляции означает постоянную ориентацию относительно явлений и процессов, происходящих в организме, связи между ними и потоком информации. Чтобы распознавать состояние равновесия и его нарушение, а также находить то, что необходимо для восстановления этого равновесия, организм должен осознавать себя. Понятие «осознание» используется здесь в широком значении, охватывающем «знать», «различать», «отдавать себе отчет». Этот интегрирующий поток информации, составляющий основу саморегуляции, начинается на уровне, когда мысль еще не облечена в слово. В этом смысле о феномене осознания можно говорить в тех случаях, когда определенные сигналы принимаются всеми структурами организма, например, когда организм осведомлен о появлении какого-то вредного фактора (болезнетворные бактерии) и приводит в движение деятельность, направленную на восстановление равновесия (увеличение фагоцитов). Одной из целей гештальт-терапии является расширение осбзнания, повышение его гибкости и способности к различению разнообразных сигналов организма.

7.3. КОНЦЕПЦИЯ НАРУШЕНИЙ

В основе всех нарушений лежит ограничение способности индивида к поддержанию оптимального равновесия со средой, нарушение процесса саморегуляции организма. В гештальт-терапии описывается пять наиболее часто встречающихся форм нарушения взаимодействия между индивидом и его окружением, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития, оказалась рассеянной или ошибочно направленной. Ими являются: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и конфлуенция. Хотя эти формы, в разной степени выраженные, могут наблюдаться у одного и того же человека, общие их характеристики можно представить с помощью описания лиц, у которых доминирует конкретная форма.

Человек, у которого имеется *интроекция,* блокирует свою энергию путем пассивного восприятия различных элементов среды. Понятия, суждения, нормы, образцы поведения, поступающие из внешнего мира, не подвергаются усвоению и ассимиляции, не становятся интегральной частью этого человека, хотя вообще ни он сам, ни окружающие не отдают себе в этом отчета. Наличие таких неусвоенных, «чуждых» элементов представляет собой нагрузку для индивида, не имеющего внутренней опоры. Поскольку эти неассимилированные элементы являются изолированными и часто вступающими в конфликт с чертами его собственной личности, индивид вынужден затрачивать много энергии и внимания для обуздания внутренней раздвоенности и для защиты от угрозы, которую несет в себе дезорганизация личности.

Человек, которому свойственна *проекция,* отмежевывается от некоторых аспектов собственной личности и приписывает их окружению. Это связано с ограниченной и ригидной Я-концепцией. Эмоции, установки или элементы поведения, которые не соответствуют или угрожают такой Я-концепции, отчуждаются и проецируются вовне, а возникающие за счет этого «дыры» заполняются с помощью интроекции. С этим механизмом связан отказ от ответственности за какие-то действия или явления, возникающие в самой личности, которые приписываются окружению или безличным факторам путем опредмечивания себя («что-то толкнуло меня на это», «что-то заставило меня это сделать»). Энергия, которой располагает индивид, направляется ошибочно, или тратится впустую, поскольку ею движет ошибочная ориентация в отношении состояния собственной личности и окружения.

Человек, которому свойственна *ретрофлексия* («обращение на себя»), пытается отделиться от окружения и направить на самого себя действия, первичной целью которых была внешняя среда. Это означает снижение энергии, направляемой на попытки изменить и преобразовать среду, что было бы полезно для удовлетворения собственных потребностей, и направление этой энергии вовнутрь. Такими неудовлетворенными потребностями (незавершенными гештальтами) часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом про-

является в мышечных зажимах. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например, «я должен заставить себя сделать это».

Человек, для которого характерна *дефлексия,* пытается избежать непосредственного контакта с окружением, другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия, или уклонение от реального контакта, может проявляться в форме разговора общими фразами, болтливости, шутовства, избегания смотреть в глаза собеседнику, ритуальности и условности поведения, «сглаживания» конфликтных проблем и т. д. В этом случае энергия рассеивается, поскольку индивид воздерживается от использования ее в полной мере тогда, когда это необходимо, или не умеет ее сконцентрировать таким образом, чтобы предпринять четко направленное действие. Интеракция с окружением носит случайный характер, удовлетворение потребностей обусловлено так называемым везением, а индивид прежде всего старается удержаться на поверхности течения каждодневных событий и дел, с чем связано ослабление чувства смысла своего существования вообще.

Если границы между индивидом и окружением стираются и исчезает чувство отличия, мы имеем дело с *конфлуенцией* (слиянием). В таком состоянии пребывает младенец, не способный еще к различению между миром и собой. В моменты экстаза, медитации человек также может ощущать себя слитым воедино с миром. Чувство слияния и растворения с другими людьми иногда создается ритуальным поведением и полной идентификацией с группой. Однако если такое слияние и стирание границ между собой и окружением становится хроническим, человек утрачивает способность чувствовать, кто же он есть в самом деле (и даже существует ли он вообще), и не способен к контакту ни с окружением, ни с самим собой. По-видимому, некоторые качества психотических переживаний возникают именно из такого состояния. В несколько иной форме феномен патологической конфлуенции выступает в случаях сильной психологической зависимости от других людей.

В понимании гештальт-терапии пациентом является человек, который хронически препятствует самому себе в удовлетворении собственных потребностей и достижении своих целей, делает то, что не идет ему впрок, и не делает того, что было бы для него ценно. Эта формулировка может вызывать некоторые сомнения, так как создается впечатление, что пациент намеренно производит действия, нарушающие его функционирование. В действительности же речь идет об акцентировании субъективного характера всех действий человека. Это акцентирование необходимо для создания основы будущего расширения диапазона управления собственным поведением и усиления ответственности за себя. Пациент вообще имеет неадекватные представления о своих особенностях и возможностях, а его прежний опыт не развил в нем внутреннего источника опоры, позволяющего эффективно преодолевать трудности. Процесс саморегуляции протекает у него неэффективно, поскольку его личность расщеплена на множество изолированных частей, а его поведение вытекает из ошибочно направленных усилий и попыток сохранить внутреннее равновесие. Не найдя в себе прочной опоры, возникшей из идентификации с собственным организмом и происходящими в нем процессами, он не в состоянии воспринимать себя

в настоящем. Поэтому состояние его таково, что он разрывается между сковывающими воспоминаниями прошлого и пугающими представлениями о будущем. Его сознание наполнено фантазиями в оценке себя и окружающего мира, что препятствует установлению контакта с действительностью. Он часто находится в состоянии экзистенциального кризиса, поскольку чувствует, что его потребности не удовлетворены, цели не достигнуты, а то, что он делает и как живет, он не воспринимает как значимое и имеющее смысл.

По мнению Перлза, *невроз* состоит из 5 уровней (слоев), через которые должен проходить процесс терапии на пути к открытию пациентом своей истинной индивидуальности.

Первый уровень — уровень «фальшивых отношений», уровень игр и ролей. На протяжении своей жизни большинство людей, по мнению Перлза, стремится к актуализации своей «Я-концепцию», вместо того, чтобы актуализировать свое подлинное Я. Мы не хотим быть самими собою, мы хотим быть кем-то другими. В результате люди испытывают чувство неудовлетворенности. Мы не удовлетворены тем, что мы делаем; или родители не удовлетворены тем, что делает их ребенок. Мы с презрением относимся к нашим истинным качествам и отчуждаем их от себя, создавая пустоты, которые заполняются фальшивыми артефактами. Мы начинаем вести себя так, как будто на самом деле обладаем теми качествами, которых требует от нас окружение и которых, в конечном счете, начинает требовать от нас наша совесть, или, как называл ее Фрейд, суперэго. Перлз называет эту часть личности «top-dog». Top-dog требует от другой части личности — «under-dog» (праобразом ее является фрейдовское «оно») — жить согласно идеалу. Эти две части личности противостоят друг другу и борются за контроль над поведением человека. Таким образом, *первый уровень* невроза включает проигрывание не свойственных человеку ролей, а также контролирующие игры между top-dog и under-dog.

Второй уровень — фобический. Этот уровень связан с осознанием «фальшивого» поведения и манипуляций. Но когда мы представляем себе, какие последствия могут быть, если мы начнем вести себя искренно, нас охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем он является. Он боится, что общество подвергнет его остракизму.

Третий уровень — тупик, безвыходное положение. Если в своих поисках в процессе терапии или в других обстоятельствах человек проходит первые два уровня, если он перестает играть не свойственные ему роли, отказывается от притворства перед самим собой, тогда он начинает испытывать чувство пустоты и небытия. Человек оказывается на третьем уровне — в ловушке и с чувством потерянности. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать собственные ресурсы. Хороший пример тупика — брак по расчету. Оба партнера не любят друг друга, но у каждого есть концепция того, каким должен быть другой. Каждый из них почти не знает другого, но как только поведение одного не соответствует тому, что ожидает от него другой, он начинает испытывать неудовлетворенность и упрекать своего партнера. Они упрекают друг друга, вместо того чтобы осознать, что они в тупике, потому что не любят друг друга, а любят свой имидж, свою фантазию. В результате они сохраняют статус-кво, потому что слишком боятся пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия. Это уровень, на котором мы можем с горем, отчаянием, отвращением к себе прийти к полному пониманию того, как мы ограничили и подавили себя. Имплозия появляется после перехода через тупик. На этом уровне человек может испытывать страх смерти или даже такое ощущение, что он умирает. Это моменты, когда огромное количество энергии вовлечено в столкновение противоборствующих сил внутри человека, а возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить: человек испытывает чувство парализованности, омертвения, из которого вырастает убеждение, что через минуту должно произойти что-то страшное.

Пятый уровень — эксплозия. Достижение этого уровня означает сформирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозию следует понимать здесь как глубокое и интенсивное эмоциональное переживание, которое приносит облегчение и возвращает эмоциональное равновесие. Перлз наблюдал четыре типа эксплозии. Эксплозия истинной скорби зачастую является результатом работы, связанной с утратой или смертью важного для пациента лица. Результатом работы с лицами, сексуально заблокированными, является переживание оргазма. Два других вида эксплозии касаются гнева и радости и связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности. Переживание этих глубоких и интенсивных эмоций полностью вовлекает организм в процесс отбора и завершения важных гештальтов (потребностей).

7.4. КОНЦЕПЦИЯ ТЕРАПИИ

По мнению Перлза, основной целью гештальт-терапии является рост потенциата человека, или повышение его силы и возможностей путем процесса интеграции и развития. Генез эмоциональных нарушений и ограничений возможностей он видит в связи между индивидом и средой. Социально-культуральная среда создает разные концепции и модели желаемого поведения, а индивид, чтобы быть принятым, воспринимает различные элементы этих моделей и требований. Делая это, человек научается отказываться от своих чувств, желаний и потребностей, утрачивает связь с природой и руководствуется, главным образом, расчетом. Он играет перед собой и другими роли, не продиктованные истинными желаниями и переживаниями. Его раздирают внутренние противоречивые требования и ожидания. Он не умеет устанавливать контакт с самим собой и окружением и значительную часть своей активности уделяет поиску какой-либо опоры вне самого себя, поскольку не верит в способность самостоятельно справиться со своей жизнью.

В процессе терапии самым важным вопросом является поэтому мобилизация собственных ресурсов — учиться «стоять на собственных ногах», находить правильные формы связи с окружением. Основную идею концепции изменения индивида можно выразить в следующей формулировке: *«Изменение наступает тогда, когда становишься тем, кто ты есть, а не тогда, когда пытаешься стать тем, кем не являешься»*. Это — главная идея гештальт-терапии.

Целью терапевтической работы является снятие блокировок и стимулирование процесса развития, реализация возможностей и целей (прежде всего создание внутреннего источника опоры и оптимизация процесса саморегуляции). Основой терапевтического процесса является осознание и переживание контакта с самим собой и с окружением. Внимание и активность терапевта сконцентрированы на помощи пациенту в расширении и обогащении осознания и способности переживания своего контакта с тем, что происходит в самом пациенте и вокруг него. Много внимания уделяется повышению осознания различных установок и способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом, а также проверке, каковы их значение и функции в настоящее время. Терапевт не руководствуется при этом определенными установками и не формулирует целей терапии. Вместо этого он создает ситуации для проведения пациентом поиска и экспериментов, в ходе которых он сам находит, что является для него подходящим и ценным, а что — неподходящим и вредным.

Главным принципом является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Это означает, что особое внимание уделяется развитию у пациента готовности и умения принимать решения и делать выбор. В терапевтической группе, например, никого не принуждают и не склоняют к тем или иным действиям. Терапевт только вносит предложения, приглашает к совершению определенных действий, но одновременно следит, чтобы пациент не ощущал принуждения под давлением другого человека или ситуации и осознавал возможности самостоятельного выбора в своей деятельности.

7.5. ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Основным методом психотерапевтической работы в большинстве терапевтических подходов является проведение индивидуальных или групповых бесед, в которых пациенты рассказывают о своих проблемах, недомоганиях, о прошлых событиях, о себе, о других людях. В гештальт-терапии много внимания и усилий посвящается преобразованию рассказа в *действие.*

Особенности такой формы работы состоят в следующем. Во-первых, такой прием позволяет расширить диапазон конкретного поведения в терапевтической ситуации за счет привлечения многих элементов, отсутствующих при рассказе. Во-вторых, это приводит к изменению объекта концентрации внимания и способа переживания своей деятельности. Рассказывая о чем-либо, человек сосредоточен на своих проблемах, на прошлых ситуациях и событиях. В гештальт-терапии пациент сосредоточивается на себе как на субъекте, на том, что он делает и как это переживает в конкретной терапевтической ситуации. Это направление концентрации внимания представляется самым важным, поскольку процесс психотерапии направлен на изменение в организации функционирования человека, а вероятным результатом этого изменения будет уже изменение состояния «дел» и «проблем» пациента. Терапевт предлагает и стимулирует такие действия пациента, которые принимают форму активного его экспериментирования с самим собой. Пациент, являясь субъектом таких экспериментов, имеет возможность открывать существенные элементы организации собственного функционирования, испытывать действия, вносящие изменения в этой сфере, и находить опору в самом себе.

Таким образом, каузальному подходу к пониманию опыта Перлз противопоставляет функциональный подход. Иными словами, важно не «почему» происходит то или иное действие, а «как» оно происходит.

Технические процедуры, используемые в гештальт-терапии, группируются вокруг двух главных направлений работы. Их называют *принципами и играми.* Принципы вводятся в начальной фазе терапии и их не слишком много, число же игр не ограничено. Принципы не представляют собой собрания жестких указаний, которым должен подчиняться пациент. Они указывают предпочтительные направления поведения и условия, которые благоприятствуют расширению осознания и наиболее полному контакту с окружением и самим собой.

7.5.1. Принципы гештальт-терапии

1. *Принцип «сейчас»,* или идея концентрации на настоящем моменте, является самым важным принципом в гештальт-терапии. Терапевт часто обращается к пациенту с просьбой определить то, что он в настоящее время делает,

чувствует, что с ним и вокруг него происходит в данную минуту. В случае появления в процессе работы материала, связанного с какими-либо важными аспектами личности, предпринимаются усилия перенести этот материал в настоящее в максимально возможной степени. Если пациент рассказывает о каких-то событиях прошлого, то его можно попросить перенести с помощью фантазии действие в настоящее и излагать события так, как если бы они разыгрывались в данный момент. В таких случаях часто выявляется, как много людей избегают контакта со своим настоящим и склонны углубляться в воспоминания о прошлом и в фантазии о будущем.

2. *Принцип «я и ты».* Этот принцип отражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Пациенты — и не только пациенты — очень часто свои высказывания, касающиеся других людей, направляют не по адресу, а «в сторону» или «в воздух», выявляя свои опасения и нежелание говорить прямо и искренне (избегая непосредственного контакта с другими людьми).

Боязливое избегание контакта, поверхностная и искаженная коммуникация с окружающими поддерживают чувство изоляции и одиночества пациента. Поэтому терапевт побуждает участников психотерапевтической группы предпринимать попытки к непосредственному контакту и общению, часто просит адресовать конкретные высказывания к конкретным лицам, которых они касаются, обращаться по имени. В первой фазе работы психотерапевтической группы терапевт организует для участников непосредственные ситуации, направленные на установление контакта между отдельными лицами посредством серии коротких вербальных и невербальных упражнений в двойках и тройках.

3. *Принцип субъективизации высказываний.* Этот принцип связан с семантическими аспектами ответственности и причастности пациента. Достаточно часто люди говорят о собственном теле, чувствах, мыслях и поведении с определенной дистанции, объективизируя их. Например: «что-то меня давит», «что-то мешает мне это сделать» и т. п. Часто такой простой прием, как предложение заменить форму высказывания на более субъективную, например, «я подавляю себя», «я мешаю себе сделать это», конфронтирует пациента с существенными для него проблемами избегания ответственности за себя. Обращение внимания на форму высказывания может помочь пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не пассивного объекта, с которым «делаются» разные вещи. Конечно, одного учета семантических аспектов высказываний для изменения этой фундаментальной позиции относительно самого себя недостаточно, тем более что при субъективизации высказываний часто принимается ответственность за деятельность, которую принято считать непроизвольной, например: мышление, воспоминания, фантазии, характер дыхания, тембр голоса и т. п. Однако применение этого принципа может помочь в начинании и проведении более глубоких поисков и экспериментов, направленных на повышение способности управлять собственным функционированием.

4. *Непрерывность (континуум) осознания.* Континуум осознания, как основа терапевтической работы, означает намеренную концентрацию на спонтанном потоке содержания переживаний, отдавание себе отчета в том, что и

как происходит в данную минуту. Континуум осознания является неотъемлемой частью всех технических процедур, однако он применяется и автономно и часто приводит к неожиданным и значительным для пациента результатам. Это метод подведения индивида к собственному опыту и к отказу от нескончаемых вербализаций, выяснений и интерпретаций. Осознанность чувств, телесных ощущений и наблюдений представляет собой наиболее определенную часть нашего познания и создает основу для ориентации человека в себе и в своих связях с окружением.

Применение континуума осознания хорошо иллюстрирует следующий диалог.

Терапевт: Что ты сейчас осознаешь?

Пациент: Я осознаю, что говорю с тобой, вижу других людей в комнате, осознаю, что она вращается, чувствую напряжение в плечах, отдаю себе отчет в том, что меня охватывает беспокойство, когда об этом говорю.

Т: Как ты переживаешь свое беспокойство?

П: Слышу, что голос мой дрожит, губы пересохли, я говорю запинаясь.

Т: Ты осознаешь, что делают твои глаза?

П: Да, сейчас отдаю себе отчет в том, что мои глаза смотрят куда-то в сторону.

Т: Можешь ли ответственно это объяснить?

П: ... Я стараюсь не смотреть на тебя.

Использование континуума осознания помогает перенести акцент в терапевтической работе с вопроса «почему?» на познание «что и как» происходит. Это является одним из существенных различий между гештальт-терапией и другими психотерапевтическими подходами, в которых поиск причины определенного поведения считается наиболее существенной частью терапевтической работы. Однако более пристальное наблюдение за многими продолжительными беседами и рефлексиями, направленными на попытку установить, *почему* кто-то поступает так, а не иначе, показывает, что даже получение разумных ответов на этот вопрос не приводит к переменам в самом поведении, и часто эти беседы представляют собой не более чем бесплодные интеллектуальные упражнения. Польза, полученная в результате подобных психотерапевтических бесед, часто является результатом действия побочных факторов, имеющих второстепенное отношение к главной теме разговора, таких как атмосфера беседы, влияние терапевта или состояние облегчения после эмоционального отреагирования. Поэтому в гештальт-терапии стремятся к сосредоточению на особенностях и процессе конкретных действий, выполняемых пациентом («что и как»), поскольку их осознание и переживание создают более непосредственные предпосылки как для их понимания, так и для попытки управления ими.

Т: Что ты сейчас чувствуешь?

П: Я боюсь.

Т: Как ты испытываешь свой страх, в чем это проявляется сейчас?

П: Не могу отчетливо видеть тебя, мои ладони потеют.

Т: Что еще ты сейчас делаешь?

П: Представляю себе, что ты думаешь обо мне.

Т: Как ты это себе представляешь?

П: Я… ты думаешь, что я трус.

Т: А сейчас?

П: Твой образ совершенно расплывается, вижу как сквозь туман. У меня болит сердце.

Т: Что сейчас себе представляешь?

П: Не знаю... сейчас вижу своего отца. Да, он смотрит на меня и говорит. Он всегда так говорил: «Ты трус и останешься им».

Т: Что ты сейчас чувствуешь?

П: Какая-то путаница внутри, что-то мне мешает.

Т: Попробуй отнестись ответственно к тому, что ты делаешь теперь.

П: Это я сам мешаю себе сейчас, воздерживаюсь... не позволяю себе...

Т: В чем ты пытаешься теперь мешать себе?

П: Не знаю...

Т: Уже несколько минут ты сжимаешь и разжимаешь пальцы.

П: Не позволяю себе... сказать ему, что ненавижу его и боюсь.

Т: А теперь?

П: Я немного меньше напряжен, дышу поверхностно. Сильно бьется сердце, как будто я к чему-то готовлюсь, такое состояние готовности.

Т: Что сейчас ты хотел бы сделать, сказать?

П: Я хотел бы наконец что-то сказать ему, не быть трусом.

Т: Что ты сознаешь теперь?

П: Что говорю про себя эти слова.

Т: Хочешь ли ты сказать это громко, так, как если бы твой отец сидел здесь и слушал, что ты ему говоришь?

П: Да... отец, ... ты не имел права считать меня таким, это было не по-человечески, ужасно, я не могу тебе это простить, я ненавидел тебя (*е глазах его появляются слезы, продолжает говорить с детским всхлипыванием)...* столько зла ты мне сделал, но я ... не переставал любить тебя.

Т: Что теперь происходит?

П: Я чувствую поток тепла, я весь горячий, растроган, больше не боюсь... То, что я сейчас делаю, это что-то важное, я хотел бы пойти дальше.

Нетрудно заметить, что основные шаги, предпринятые пациентом в драматически развивающейся терапевтической ситуации, являлись, главным образом, следствием концентрации на поочередно осознаваемых содержательных элементах и действиях.

5. Кроме вышеизложенных основных принципов А. Левицкий (A. Levitski) и Перлз дают описание более конкретных принципов, точнее говоря, предпочтительных форм поведения в терапевтической группе:

1) пациенты побуждаются к таким формам взаимоотношений, которые исключают сплетни или обсуждение кого-то из присутствующих без его участия;

2) часто используется прием привлечения внимания к пациенту, который манипулирует вопросами, желая скрытым путем спровоцировать определенные реакции окружающих под видом поиска информации. В этих случаях терапевт может предложить такому пациенту сказать прямо, что он конкретно хочет сообщить;

3) еще одной формой коммуникации, к которой иногда поощряются пациенты, является *аутоэкспрессия* — высказывание определенного содержания

главным образом или исключительно с целью получения удовлетворения, вызванного самим фактом высказывания. Для многих пациентов это совершенно новый опыт, способствующий повышению уважения к себе и уменьшению зависимости от реакции окружения.

7.5.2. Игры гештальт-терапии

Эти процедуры называются также гештальт-экспериментами и представляют собой разнообразные упражнения, основанные на выполнении пациентом некоторых действий, предлагаемых терапевтом. Игры способствуют более непосредственной конфронтации со значимыми содержаниями и переживаниями, а также предоставляют пациенту возможность попыток экспериментирования с самим собой и другими людьми. Однако следует помнить, что сама игра содержит только идею действия, в котором заложено начало более развитого процесса работы с пациентом. Сама по себе она не является автономным и ценным элементом терапии. Е. Меллибруда (J. Mellibruda) предупреждает против того, чтобы такие упражнения применялись случайным образом, как это, к сожалению, часто бывает, без прослеживания интегральное™ их участия в процессе терапии в целом, а также без учета ситуативного контекста и характера контакта между терапевтом и пациентом.

Ниже приводятся наиболее известные игры, применяемые гештальт-терапевтами (J. Simkin).

«Дыялог». Это упражнение связано с вопросом существования внутри личности различных расщеплений, фрагментов, противоположностей. Одной из целей терапии является повышение интеграции функционирования индивида, что требует идентификации расщепленных или противоборствующих фрагментов личности, преодоления внутренних барьеров и установление связи между этими фрагментами.

Когда у пациента наблюдается расщепление, гештальт-терапевт предлагает пациенту провести эксперимент: отождествиться с каждой частью конфликта по очереди и провести диалог между ними. Внутренний конфликт часто наблюдается при расщеплении личности на две части, так называемые top-dog и under-dog, что в свободном переводе может означать «командующий» и «подчиненный». Top-dog приближенно является эквивалентом психоаналитического понятия суперэго, олицетворяет обязанности, требования, оценки. Under-dog олицетворяет пассивно-оборонительные установки, ищет уловки, отговорки, оправдания, обосновывающие уклонения от обязанностей. Довольно часто между этими частями происходит борьба за полный контроль над личностью.

Top-dog пытается оказать давление угрозой наказания или предсказанием отрицательных последствий поведения, не соответствующего требованиям эго. Under-dog не вступает в прямую борьбу, а использует уловки — ему не свойственна агрессивность. Фрагменты диалога между этими частями личности возникают иногда в сознании индивида в различных ситуациях повседневной жизни, когда, например, он пытается заставить себя сделать что-то и одновременно

манипулирует разными отговорками и самооправданиями. С помощью систематизированного и искреннего диалога во время упражнения индивид может более полно осознать бесплодные манипуляции, совершаемые над собственной личностью, стать более искренним и способным более эффективно управлять собой.

Подобные диалоги могут проводиться между другими значимыми делениями личности — между агрессивным и пассивным, мужским и женским и т. п. Часто диалог проводится между частями тела, например, правой и левой рукой.

Хождение по кругу («рондо»). Это упражнение создает условие для выражения определенного содержания или чувства непосредственно каждому члену психотерапевтической группы. Пациенту, который сообщает, что испытывает страх к остальным членам группы, может быть предложено поочередно приблизиться к каждому и произнести слова «я боюсь тебя», а затем добавить какое-нибудь замечание, отражающее особенности его собственных чувств по отношению к данному лицу. Это зачастую позволяет более дифференцированно определять собственные переживания и связи с окружающими. Это также может представлять собой форму значимой работы над собственным отношением к определенному мнению или представлению о себе и других людях. Многократное повторение фразы, выражающей какое-то глубоко укоренившееся убеждение, может способствовать изменению его значения и содержания для пациента. Совершение таких «раундов» в группе может включать также и невербальные действия.

<<*Незаконченное дело*». Это упражнение применяется в начале работы. Оно предназначено для улаживания и завершения разного рода дел, ситуаций и действий, начатых в прошлом. У большинства людей есть немало таких неулаженных вопросов, связанных с интерперсональными отношениями с родителями, родственниками и т. д. По мнению Перлза, наиболее часто встречающиеся виды незавершенных вопросов из области этих отношений — это невысказанные жалобы и претензии. Такие незаконченные дела требуют концентрации внимания и непродуктивно поглощают энергию пациента.

В этой игре пациенту предлагается завершить какое-либо дело, которое до этого было незавершенным. Например, если суть дела в невыраженном чувстве по отношению к члену терапевтической группы, то пациенту предлагают выразить свое чувство напрямую. Если речь идет о чувстве обиды, то предлагается игра, в которой коммуникация ограничена заявлениями, начинающимися словами: «Я обижен...»

«У меня есть тайна». В этой игре предпринимается исследование чувства вины и стыда. Каждого из участников терапевтической группы просят подумать о каком-либо важном для него и тщательно хранимым личном секрете. Терапевт просит, чтобы участники не делились этими тайнами, а представили себе, как могли бы реагировать окружающие, если бы эти тайны стали им известны. Следующим шагом может быть предоставление каждому участнику случая похвастаться перед другими, «какую страшную тайну он хранит в себе». Довольно часто оказывается, что многие неосознанно очень привязаны к своим секретам как к чему-то драгоценному.

Проективные игры. Восприятие и суждения пациентов об окружении часто носят характер проекции. Когда пациент считает, что другой человек имеет некую черту или испытывает какое-то чувство, ему предлагают путем эксперимента проверить, не является ли это его проекцией: «примерить» на самого себя эту черту или чувство. Часто пациент обнаруживает, что он действительно испытывает чувство, которое подозревал в других.

Другая игра — *«разыгрывание проекции».* При этом пациента просят сыграть роль человека, на которого он проецирует свои собственные качества. Например, пациента, который говорит: «Нельзя тебе доверять», можно попросить сыграть роль человека, не заслуживающего доверия, и может оказаться, что таким образом он раскроет свой внутренний конфликт в этой области.

«Реверсивная игра» («Выявление противоположного»). Одним из способов разрешения некоторых проблем пациента является исследование того, не представляет ли собой его явное поведение противоречие или отрицание глубоких и скрытых желаний. Терапевт может предложить пациенту, жалующемуся на скованность и чрезмерную застенчивость, сыграть роль эксгибициониста. Таким образом, хотя это требует значительного усилия и риска, пациент преднамеренно углубляется в ту область собственных переживаний, которая особенно сильно подавляется собственным его страхом и беспокойством. Это позволяет ему достигнуть более полного контакта с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты. Другой пример: человека, играющего роль «душки», можно попросить сыграть роль злобного и отгороженного.

«Преувеличение». Большое внимание в гештальт-терапии уделяется так называемому языку тела. Считается, что физические симптомы более точно передают чувства человека, чем вербальный язык. Ненамеренные движения, жесты, позы пациента иногда являются сигналами важных содержаний. Однако эти сигналы остаются прерванными, неразвившимися, искаженными. Предлагая пациенту преувеличить нечаянное движение или жест, можно сделать важное открытие.

> *Пример:* Скованный, чрезмерно сдержанный мужчина постукивает пальцем по столу,в то время как женщина в группе долго и пространно о чем-то говорит. Когда его спрашивают, не хочет ли он прокомментировать то, о чем говорит женщина, он отказывается, уверяя, что разговор мало его интересует, но продолжает постукивание. Тогда терапевт просит усилить постукивание, стучать все громче и выразительнее до тех пор, пока пациент не осознает, что делает. Его гнев нарастает очень быстро, через минуту он с силой бьет по столу, горячо выражая свое несогласие с женщиной. При этом он восклицает: «Она точно как моя жена!» В дополнение к этому историческому осознанию он получает мимолетное впечатление о чрезмерном контроле своих сильных утвердительных чувств и возможности более непосредственного и, следовательно, менее брутального их выражения.

«Репетиция». По мнению Перлза, люди тратят много времени, репетируя на «сцене воображения» различные роли и стратегии поведения по отношению к конкретным ситуациям и лицам. Часто отсутствие успеха в действиях в конкретных жизненных ситуациях определяется тем, как данная личность

в воображении готовится к этим ситуациям. Такая подготовка в мыслях и воображении часто проходит в соответствии с ригидными и неэффективными стереотипами, являющимися источником постоянного беспокойства и дефектного поведения. Репетиция поведения вслух в психотерапевтической группе с вовлечением других участников позволяет лучше осознать собственные стереотипы, а также использовать новые идеи и решения в этой области.

Проверка готового мнения. Случается, что терапевт, слушая пациента, улавливает в его словах какое-то определенное сообщение. Тогда он может воспользоваться следующей формулой: «Слушая тебя, у меня возникло одно мнение. Я хочу предложить тебе повторить это мнение вслух и проверить, как оно звучит в твоих устах, насколько оно тебе подходит. Если согласен попробовать, повтори это мнение нескольким членам группы».

В этом упражнении содержится фактор интерпретации скрытого значения поведения пациента, но терапевт не старается сообщить свою интерпретацию пациенту, он только предоставляет пациенту возможность исследовать переживания, связанные с проверкой рабочей гипотезы. Если гипотеза окажется плодотворной, пациент может развить ее в контексте собственной деятельности и опыта.

Приведенные игры представляют собой далеко не полный перечень разнообразных технических процедур, разработанных в практике гештальт-терапии. Эрвин и Мириам Полстер (E. Polster, M. Polster) предложили более систематизированную попытку упорядочить различные технические решения и описали пять главных форм терапевтического экспериментирования. К ним относятся: драматизация, направление поведения, работа с фантазией, работа со сновидениями, домашняя работа.

Драматизация. Эта группа процедур основана на развитии в драматизированной форме определенного аспекта существования пациента, выявляемого им в терапевтической ситуации. Началом этого действия может послужить какое-то высказывание или жест пациента, привлекшие внимание терапевта. В дальнейшем путем развития содержания, заключающегося в первоначальном высказывании или жесте, пациент в сотрудничестве с терапевтом постепенно подводится к сложному действию в форме вербально-двигательной монодрамы, направленной на полное выявление значения и эмоционального содержания. Терапевт помогает пациенту сосредоточиваться на поочередно возникающих содержаниях, осуществлять поиск соответствующих форм экспрессии, предпринимать действия, стимулируемые очередными переживаниями, раскрыть значение и смысл всей сцены и отдельных ее элементов.

Драматизация может касаться очень разных содержаний и сторон личности пациента, например, незаконченных ситуаций из прошлого, актуальных ситуаций, желаний, установок и т. п. Ход некоторых процедур приобретает иногда особенно драматическую форму, однако терапевт не должен стремиться к достижению внешних, «эстетических» эффектов, поскольку желаемый терапевтический результат вызывается не богатством экспрессии, а изменением внутренней системы значений, связанных с выполняемыми действиями.

Направление поведения. В некоторых ситуациях терапевт предлагает пациенту выполнить определенные действия, дает инструкции и указания отно-

сительно того, что можно сделать в данный момент. Такие инструкции не определяют того, как пациенту следует поступать в жизни, они только указывают направление конкретного поведения во время терапевтической работы. Такой эксперимент вызывает определенные переживания, способные изменить точку зрения пациента на его прежнее поведение, переживания, отношения с людьми.

Например, человека, который при разговоре постоянно как бы стонет (охает), но не сознает звучание своего голоса, терапевт может попросить о намеренном и усиленном стоне во время разговора. Человека с очень тихим и мягким голосом можно попросить говорить так, как если бы окружающие находились на большом расстоянии от него. Тому, кто обыкновенно говорит напыщенно и величаво, можно предложить обратиться к другим участникам группы со специальной торжественной речью. Хотя эта процедура содержит некоторые элементы драматизации, однако она ограничена специфическим поведением и направляется инструкцией терапевта. Предложения терапевта предоставляют пациенту возможность испытать поведение, которое тот избегает или которое является для него новым, трудным. Испытание и проверка этого поведения может раскрыть какие-то важные аспекты его личности. Например, пациенту, который очень неохотно высказывался в психотерапевтической группе, опасаясь мешать ее работе, терапевт предложил время от времени мешать остальным участникам группы. Он начал вести себя согласно инструкции и действительно мешал работе, однако, по мере вовлечения в групповую дискуссию, его поведение менялось и в результате превратилось из помехи в конструктивное лидерство. Инструкция терапевта не состояла в научении пациента мешать другим, а предоставляла ему случай высвободить свою энергию, заблокированную и связанную представлением о себе как непрошеном госте среди других людей.

Работа с фантазией. В гештальт-терапии существует ряд упражнений с использованием фантазии, иллюстрирующих процесс проекции и помогающих пациентам идентифицировать и, в ряде случаев, исправлять фрагментарные аспекты их личности. «Старый заброшенный магазин» и другие упражнения были описаны Джоном Стивенсом (J. Stevens). Ценность этих упражнений состоит в том, что пациенты могут прикоснуться к тем аспектам своей личности, которые никогда полностью ими не осознавались. Инструкция по выполнению упражнения может быть дана всем членам психотерапевтической группы, а затем участники поочередно сообщают содержание своей фантазии: «Лягте на пол, закройте глаза и расслабьтесь. Представьте, что вы идете вниз по городской улице поздно ночью. Что вы видите, слышите, чувствуете? Вы замечаете маленькую боковую улочку, на которой находится старый заброшенный магазин. Окна его грязные, но, если заглянуть в них, вы можете заметить какой-то предмет. Тщательно его рассмотрите. Отойдите от заброшенного магазина, идите, пока не вернетесь в город. Опишите предмет, обнаруженный вами за окном заброшенного магазина. Затем вообразите себя этим предметом, описывая его от первого лица. Как вы чувствуете себя? Почему вы оставлены в магазине? На что похоже ваше существование в качестве этого предмета? Через несколько минут опять «станьте собой» и еще раз рассмотрите предмет в окне. Видите ли вы в нем что-нибудь новое? Хотите ли что-нибудь сказать ему?»

Существует много вариантов этого упражнения. Например, пациенты могут представить, что они гуляют по старому большому дому, а когда покидают его, уносят с собой какой-то предмет. Или вообразить, что они — цветы, и описать свой цвет, форму, соцветия, почву, на которой произрастают, то, как они ощущают солнце, дождь, ветер. Идентифицируясь с предметами, мы проецируем на них какие-то свои личностные аспекты.

Работа со сновидениями. Большое внимание уделяется гештальт-терапевтами работе над сновидениями. Перефразируя Фрейда, Перлз говорил, что «сон — это королевская дорога к интеграции личности». В отличие от психоаналитиков гештальт-терапевты не интерпретируют сновидения, а «прорабатывают» их. Перлз считал, что сновидение — это проекция нашей личности, а отдельные элементы сновидения — отчужденные части нашей личности. Для достижения интеграции необходимо совместить различные элементы сновидения, признать своими спроецированные, отчужденные части личности. С помощью «проработки» отдельных элементов сновидения посредством отождествления с ними и произнесения от их имени монологов обнаруживается скрытое содержание сновидения через его переживание. Вот пример работы со сновидением (J. Simkin). Тревожная, доминирующая, манипулятивная женщина видит во сне, что она идет по извилистой дорожке в лесу с высокими деревьями. *Становясь* одним из этих деревьев, она чувствует себя более спокойной и имеющей глубокие корни. Возвращаясь в настоящую жизнь, она испытывает недостаток этих чувств и возможность их обретения. Когда она *становится* извилистой дорожкой, ее глаза наполняются слезами, так как она начинает интенсивно переживать извилистость своей собственной жизни и, опять, возможность в какой-то степени ее выпрямления.

> Еще один пример, иллюстрирующий к тому же игру «Преувеличение» (собственное наблюдение). Молодой замужней женщине снится, как какой-то мужчина выгуливает собаку. Когда пациентка отождествляется с собакой, ее поведение меняется — она становится более вовлеченной, экспрессивной и спонтанной. Произнося монолог: «Я собака, у меня есть хозяин...», она вдруг задает вопрос, который для нее самой кажется неожиданным и значимым: «Зачем ты меня держишь?» Продолжая монолог, пациентка совершает стереотипное движение рукой в области шеи, напоминающее стряхивание. На вопрос терапевта о том, что сейчас делает ее рука, недоуменно отвечает: «Не знаю». По предложению терапевта усиливает это движение и повторяет его много раз (при этом лицо все больше и больше искажается страдальческой гримасой) до тех пор, пока вдруг не останавливается и не восклицает: «Это ошейник! Я пытаюсь сбросить с себя ошейник!» Это открытие расценивается пациенткой как маленький «проблеск» осознания. На вопросы участников терапевтической группы кого, по ее мнению, олицетворяет мужчина, она отвечает, что это, скорее всего, аллегорический образ, за которым стоит и ее отец, и ее муж.

Некоторые терапевты развивают работу над сновидением настолько, что она вовлекает помимо увидевшего сон и других членов терапевтической группы. Работа над сновидением становится тогда внешне похожей на театральное представление, в котором участники группы играют различные части сна. Это дает

возможность драматизировать такие аспекты сновидения, которые могут иметь отношение к остальным членам группы.

Домашняя работа. Действия пациента и терапевта во время очередных занятий не создают условий, необходимых для глубоких терапевтических перемен. Они являются источником важных переживаний, мобилизующих процесс изменения, однако они требуют продолжения и развития в нормальных условиях повседневной жизни. Поэтому гештальт-терапевт продолжает сотрудничество с пациентом за пределами терапевтического кабинета.

Домашняя работа пациента должна быть направлена на определенную область его конфликта. Терапевт может, например, предложить пациентам следующие действия: ежедневно хвалить себя перед каким-то человеком; договориться о свидании с девушкой моложе себя; рассказать жене все, что было с ним в течение дня; записывать ежедневно в течение получаса любые мысли, приходящие в голову в связи с диссертацией, независимо от пользы такой информации и т. п. Подобные предложения всегда связаны с направлением поисков пациента, склоняют его к ситуациям, в которых возможна конфронтация с некоторыми аспектами собственной личности, блокирующими его действия или осознание.

7.6. ПРИМЕНЕНИЕ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Гештальт-терапия традиционно рассматривается как наиболее эффективный метод лечения «чрезмерно нормативных, социально скованных, сдержанных индивидов» (то есть тревожных, фобических, депрессивных пациентов и лиц, склонных к перфекционизму), ограниченное функционирование которых связано с наличием «внутренних блоков» (I. Shepherd). Такие люди обычно получают мало удовольствия от жизни.

Хотя Shepherd довольно точно очерчивает круг проблем, при которых гешальт-терапия наиболее эффективна, современная клиническая практика гештальт-терапии включает лечение гораздо более широкого диапазона проблем.

Гештальт-терапия в форме перлзовской «мастерской» имеет более ограниченное применение, чем гештальт-терапия в целом (Dulliver, Dublin). Обсуждая вопрос о применении гештальт-терапии, Shepherd отмечает ограничения, которые относятся к любому терапевту, но в большей степени касаются «мастерской», а также терапевтов, не имеющих достаточного опыта работы с тяжелыми пациентами.

Работа с пациентами, страдающими психозами и другими серьезными нарушениями, является более трудной и требует «осторожности, чувствительности и терпения». Таким пациентам нужна поддержка терапевта и пусть небольшая вера в собственные способности исцеления перед тем, как они начнут интенсивно переживать переполняющие их боль, ярость и отчаяние, лежащие в основе психологических процессов.

Работа с такими сложными пациентами требует опыта сбалансированного использования поддержки и фрустрации, применения дополнительных средств (таких как дневное лечение и фармакотерапия) и т. д.

Гештальт-терапия с успехом применяется при лечении многих психосоматических расстройств, включая мигрень, язвенный колит, спазмы шеи и спины. Гештальт-терапевты успешно работают с супружескими парами, с пациентами, имеющими трудности во взаимодействии с авторитетными фигурами, и широким спектром интрапсихических конфликтов.

Формы применения. Гештальт-терапия приобрела репутацию в основном группового метода лечения. Групповая гештальт-терапия практикуется в двух формах:

1. *Центрированный на пациенте вариант.* Здесь имеет место работа терапевта в диаде с пациентом на фоне группы. Других членов группы просят воздерживаться от интеракций, пока работа не закончится. О пациенте, с которым проводится работа, говорят, что он сидит на «горячем стуле» (из-за интенсивности эмоций, которые он при этом испытывает). Напротив «горячего стула» располагают «пустой стул». Пациенту часто предлагают провести диалог, например, поговорить со значимым для него человеком, как

если бы тот сидел на пустом стуле. Пациента просят развить диалог по своему собственному сценарию, меняясь с воображаемым собеседником местами и произнося реплики от его имени. После окончания эксперимента другие участники группы делятся своими переживаниями. Эта обратная связь служит источником группового взаимодействия (интеракции). При этом становится очевидным, что другие члены группы идентифицируются с пациентом, занимающим «горячий стул», и проделывают большую самостоятельную работу над своими собственными проблемами, осознавая незаконченные ситуации или фрагментированные части своей личности. Это помогает и другим участникам распознавать свои неадаптивные позиции и стереотипы поведения.

2. Центрированный на группе вариант. Этот метод работы включает интеракции всех участников группы. Наблюдая за интеракциями пациентов, терапевт, исходя из контекста конкретной терапевтической ситуации, время от времени просит того или иного участника группы занять «горячий стул» или «совершить круг» с целью выполнения какого-либо упражнения (гештальт-эксперимента).

Имеются определенные ограничения того, что может быть расценено как ценное или значимое во взаимодействии участников группы. Интеллектуализация, психологизация, советы считаются пустой тратой времени и энергии. Всякие попытки втиснуть поведение индивида в теоретические рамки — анализировать и объяснять его на основе психологической теории — неуместны. В гештальт-терапии «объяснения» расцениваются как «извинения» за избегание настоящего. Пациентов побуждают концентрироваться на том, что они переживают и как они действуют в ситуации «сейчас».

В группе создается атмосфера безопасности принятия риска в экспериментировании нового поведения. Позиция открытого самовыражения дает возможность участникам группы устанавливать аутентичные отношения друг с другом. Самовыражение пациентов всячески поощряется терапевтом. Попытки убеждать другого, навязывать свое мнение или точку зрения расцениваются как манипуляции, которые уводят от подлинных отношений. Игры и другие гештальт-процедуры, предлагаемые терапевтом, предназначены для усиления осознания «здесь и сейчас», а также развития аутентичных отношений между участниками группы.

3. *«Мастерская» («Workshop»).* Эта форма групповой деятельности ограничена временными рамками, иногда до одного дня. Мастерские, устраиваемые в конце недели, могут длиться от 10 до 20 часов или более. Более продолжительные мастерские длятся от одной недели до нескольких месяцев. Типичная мастерская конца недели состоит из одного терапевта и 12-16 членов группы. Если мастерская длится более недели, то в ней может участвовать 20 человек, но в таком случае обычно присутствует котерапевт.

Так как мастерская ограничена определенным сроком, а участникам предоставляется много времени, то обычно в этих группах отмечается высокая мотивация «работать». Иногда устанавливается правило, согласно которому никто не может повторно быть в центре внимания группы, пока каждый из участников один раз не поработает со своими проблемами. Когда

такого правила нет, то «нахальство» некоторых членов группы позволяет им несколько раз стяжать интенсивное терапевтическое внимание к своей личности.

Специфической особенностью гештальт-терапии является тот факт, что возможность ее применения не ограничивается только работой с пациентами и собственно лечением. Эта терапия становится также эффективным методом воспитательной работы, помогающим здоровым людям в личностном росте и в реализации их потенциальных возможностей. Этим гештальт-терапия обязана в значительной мере своей популярностью вне клинической среды и включением ее методов и идей в течение гуманистической психологии и «движения за актуализацию человеческого потенциала».

Глава 8

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ

Создателем патогенетической психотерапии является выдающийся русский психиатр и психолог Владимир Николаевич Мясищев (1893-1973). Свой метод он развил на основе разработанной им концепции психологии личности. В государственном архиве сохранился фундаментальный доклад В. Н. Мясищева «Проблема личности в психологии и психопатологии», с которым он выступил в июне 1935 г. Автор подчеркивал: «Личность человека рассматривается и характеризуется нами в первую очередь с точки зрения ее сознательных отношений к окружающей действительности, в отличие от обычного понимания, рассматривающего ее как систему функций». Таким образом, к середине 30-х годов В. Н. Мясищевым была сформулирована собственная концепция психологии личности и методов ее изучения и воздействия на нее в целях лечения или воспитания. Концепция невроза и патогенетической психотерапии были изложены В. Н. Мясищевым в двух статьях того же времени: «О патогенезе и структуре невроза» и «О генетическом понимании психоневрозов».

В развитии патогенетической психотерапии можно выделить три этапа. Первый этап связан с деятельностью самого В. Н. Мясищева, его учеников и последователей (Р. Я. Зачепицкий, Б. Д. Карвасарский, В. К. Мягер, Е. Е. Плотникова, А. Я. Страумит, Е. К. Яковлева и др.) и характеризуется разработкой модели индивидуальной патогенетической психотерапии. Второй этап (70-80-е годы) — развитие модели групповой патогенетической психотерапии — связан с деятельностью Б. Д. Карвасарского и руководимого им коллектива (Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская, В. А. Мурзенко, В. К. Мягер, В. А. Ташлыков и др.). Наконец, третий, современный этап (с 90-х годов) ознаменован попытками создания интегративной модели патогенетической психотерапии. Работы в этом направлении также выполняются коллективом психотерапевтов и медицинских психологов, возглавляемым Б. Д. Карвасарским (А. А. Александров, Л. М. Кульгавин, В. А. Ташлыков, А. П. Федоров, Э. Г. Эйдемиллер и др.).

Другим названием патогенетической психотерапии является «личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия». В этом новом названии, предложенным Б. Д. Карвасарским (1985), отражается цель патогенетической психотерапии, подчеркивается ее ориентация на личностное изменение, реконструкцию нарушенной системы отношений. Старое же название — «патогенетическая психотерапия» — чаще употребляется теперь в историческом контексте и привязывается к первому этапу ее развития.

8.1. ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ В. Н. МЯСИЩЕВА

Владимир Николаевич Мясищев родился в городе Фридрихштадте (Лифляндская губерния России) в семье юриста, выпускника Императорского Харьковского университета, долгое время работавшего в Лифляндии мировым судьей. Мать В. Н. Мясищева была дочерью врача. В. Н. Мясищев рано потерял отца, и семье пришлось переехать в г. Николаев, где он окончил Александровское реальное училище в 1912 г. Разносторонне одаренный юноша поначалу стремился к музыкальной карьере, но травма руки, полученная при падении с лошади, помешала осуществить желаемое. В 1912 г. он поступает на медицинский факультет С.-Петербургского психоневрологического института, на первом курсе которого увлекается лекциями и семинарами профессора психологии, доктора медицины, выдающегося русского психолога А. Ф. Лазурского. В 1914 г. появилась первая научная работа В. Н. Мясищева — «научно-характерологический анализ литературных типов» (по трилогии Л. Н. Толстого «Детство, отрочество, юность»). Психоневрологический институт В. Н. Мясищев закончил в 1919 г., ибо ему, ввиду денежных затруднений, приходилось работать, прерывая учебу. В. Н. Мясищев не без гордости писал, что в 1919 г. по предложению академика В. М. Бехтерева, который его знал по студенческой работе, он приехал в Петроград и был зачислен по окончании института и. о. ординатора на кафедру психиатрии. Работая на этой кафедре, В. Н. Мясищев одновременно являлся врачом-интерном Воспитательно-клинического института для нервнобольных детей, которым руководил В. М. Бехтерев.

В 1921 г. В. Н. Мясищев одновременно стал работать в Институте Мозга, организованном В. М. Бехтеревым, вначале в качестве научного сотрудника, затем действительного члена, профессора и заведующего сектором психиатрии. В те же годы В. Н. Мясищев начал самостоятельную преподавательскую деятельность, читая курсы индивидуальной и общей психологии в Педагогическом институте им. А. И. Герцена, а с 1945 г. он состоял бессменным профессором Ленинградского университета, где читал курс психопатологии и психологии. На протяжении всей своей трудовой деятельности В. Н. Мясищев являлся сотрудником Психоневрологического института, а с 1939 г. на протяжении около 20 лет В. Н. Мясищев был директором этого учреждения, носящего теперь имя В. М. Бехтерева. Клиническая практика В. Н. Мясищева протекала здесь же, в созданном им еще в 20-е годы отделении неврозов и психотерапии. Коллектив этого отделения, возглавляемый учеником В. Н. Мясищева Б. Д. Карвасарским, продолжает развивать учение В. Н. Мясищева, разрабатывая различные аспекты патогенетической психотерапии.

Ранние работы В. Н. Мясищева посвящены исследованию трудовой деятельности человека и трудовому воспитанию детей. Он обосновывал необходимость особой научной дисциплины — эргологии, призванной комплексно

изучать процессы труда на основе данных психологии, физиологии, педагогики и других наук.

Затем последовал целый ряд его разработок в области нейрофизиологии: работы по типологии сочетательно-рефлекторной деятельности человека, работы по изучению кожно-гальванических показателей нервно-психического состояния человека. Известны также его исследования типов личности и характера. Однако непреходящее значение для психологии, медицины и педагогики имеет разработанная В. Н. Мясищевым концепция отношений личности в норме и патологии.

В. Н. Мясищев опубликовал более 250 работ, в том числе 3 монографии. Особую известность получил его труд «Личность и неврозы», представляющий собой собрание избранных статей, удостоенный в 1960 г. премии им. В. М. Бехтерева.

Признанием заслуг В. Н. Мясищева государством было избрание его в 1964 г. членом-корреспондентом Академии педагогических наук СССР, а также присвоение ему в том же году почетного звания «Заслуженный деятель науки РСФСР».

8.2. ПСИХОЛОГИЯ ОТНОШЕНИЙ

При изложении своей концепции В. Н. Мясищев придерживался методического принципа изучения природы: изучение ее объектов в процессе их взаимоотношения с окружающим миром. Естественно, что и человек в его свойствах и возможностях познается в соотношении с объективной действительностью. В отличие от животных в соотношении с окружающим человек выступает в роли субъекта — деятеля, сознательно преобразующего действительность. Изучение человека в его соотношении с окружающим выявляет его особые качества и позволяет раскрывать его внутренний мир.

Необходимо различать понятия *соотношение* и *отношение.* Соотношение имеет в виду такую связь, в которой не выступает различие роли двух объектов связи. Понятие же отношения возникает там, где есть субъект и объект отношения. Именно у человека такой характер связи выступает с полной отчетливостью, животное же (здесь В. Н. Мясищев цитирует К. Маркса и Ф. Энгельса) не относится ни к чему и вообще не «относится» — для животного его отношение к другим не существует как отношение.

Отношения человека представляют, по В. Н. Мясищеву, *сознательную, избирательную, основанную на опыте, психологическую связь его с различными сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях.*

Виды отношений. Отношение как связь субъекта с объектом едино, но в многообразии отношений выступают более или менее отчетливо отдельные компоненты, которые В. Н. Мясищев называет также частичными отношениями, сторонами отношения или видами его. Эти стороны тесно связаяыт характером жизненного взаимодействия, включающего самые различные моменты от обмена веществ до идейного общения. В. Н. Мясищев различает две основные стороны единого предметного отношения, которые глубоко коренятся в филогенетическом и историческом прошлом человека.

Одну сторону основного отношения представляют *потребности.* Потребности одними авторами рассматривались как самостоятельная психологическая категория, другими — относились к волевым проявлениям, третьими — включались в систему характеристики личности. Хотя все эти Точки зрения имеют частичное основание, но наиболее правильно, по мнению В. Н. Мясищева, рассматривать потребности в системе отношений к действительности. Потребности, по В. Н. Мясищеву, представляют собой конативную (волевую) тенденцию индивида к овладению объектом. Потребности относятся к отношениям потому, что составляющими компонентами этого понятия являются: а) субъект, испытывающий потребность; б) объект потребности; в) своеобразная связь между субъектом и объектом. В основе этой связи (отношения) лежит определенная функциональная нейродинамическая структура, проявляющаяся в тяготении к объекту и в активной устремленности к овладению им.

Вторую сторону основного отношения представляет *эмоциональное отношение.* На ранних (примитивных) стадиях эволюции отношения носят еще недифференцированный характер. В процессе развития на уровне еще не сознаваемых отношений высокоорганизованного животного (собака, обезьяна) вычленяется вторая сторона первоначального двуединого (эмоционально-волевого) отношения — эмоциональное отношение. У человека оно проявляется в привязанности, любви, симпатии и их противоположностях — неприязни, вражде, антипатии.

Эмоциональная сторона отношения относилась в психологии к категории чувств. По мнению В. Н. Мясищева, область чувств (эмоций) охватывает три разнородных группы явлений — эмоциональные реакции, эмоциональные состояния и эмоциональные отношения. Дружба, любовь или неприязнь и ненависть не могут быть отнесены ни к эмоциональным реакциям (таким как гнев, страх, тоска), ни к эмоциональным состояниям (таким как удовольствие или неудовольствие).

В каждом психологическом факте в той или иной степени включены три аспекта, или три компонента, душевной деятельности — познавательный, волевой и эмоциональный, а в различных видах процессов психической деятельности, состояний и отношений они выступают различно. В. Н. Мясищев одной из важных проблем психологии считал разработку вопросов структуры в области психических образований, в частности в области отношений.

Ряд отношений выступает у человека как относительно самостоятельные образования. Сюда относятся интересы, оценки и убеждения. В. Н. Мясищев ссылается на ряд исследований, в которых *интерес* рассматривается как особый вид отношения, в частности отношения к образованию, работе и т. д.

Ответственное отношение к своим обязанностям является выражением морально-правовых отношений человека. Ответственное отношение к своим обязанностям, вырастая из требований родителей, учителей, начальников, становится долгом, совестью. Моральное формирование личности основывается не только на требованиях, но и на знании образцов и на процессе сопоставления своих действий и поступков с образцами, с оценкой. Этот внутренний процесс приводит к образованию *оценочных отношений,* формирующихся в связи с этическими, эстетическими, юридическими и другими критериями поступков и переживаний человека.

Система требований в сочетании со знанием действительности, особенно общественной, формирует *убеждения* человека, которые не только являются представлением о том, какова фактически существующая действительность, но и выражает представление о том, какой она должна быть. В соответствии с убеждениями формируются эмоциональные реакции и активная (волевая) готовность бороться за осуществление сложившихся убеждений в жизни.

В. Н. Мясищев неоднократно обращал внимание на недостаточную разработанность проблемы отношения, а также на отграничение ее и связь с близкими, но не тождественными понятиями. Сюда относится *направленность,* которая представляет собой доминирующее, то есть господствующее и определяю-

щее отношение. В. Н. Мясищев пользовался также термином *значимость.* В преимущественно социальной психологии встречается термин *ценностная ориентация,* соответствующий понятию оценочных отношений. Достаточно широкое распространение получил термин *позиция,* которым иногда пользовался и В. Н. Мясищев. Близким является также понятие *установки* Д. Н. Узнадзе, то есть готовности человека к определенной реакции — бессознательной и основанной на потребности. Во всех этих понятиях, указывает В. Н. Мясищев, нет полной согласованности, но видны поиски целостного и обобщающего подхода к исследованию человека в связи с окружающей его по большей части социальной средой.

8.3. ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ

В. Н. Мясищев характеризует личность прежде всего как систему отношений человека к окружающей действительности. Самое главное и определяющее личность — ее отношения к людям, являющиеся одновременно взаимоотношениями. В этом пункте субъективное отношение, отчетливо проявляясь в реакциях и действиях, обнаруживает свою объективность, а индивидуально-психологическое становится социально-психологическим. Поскольку отношения определяют действия, реакции и переживания человека, они являются движущей силой личности.

Психологи неоднократно отмечали, что у личности могут преобладать органические, личные или общественные цели, мотивы или потребности. В связи с этим, характеризуя личность, обычно говорят о ее направленности. В. Н. Мясищев считает этот термин не вполне удовлетворительным. По В. Н. Мясищеву, в сущности речь идет о доминирующих отношениях, то есть о большей или меньшей активности, реактивности, аффективности в отношении к тем или иным объектам. Так, доминировать могут «животные», конкретно личные или идейные интересы. Подобно тому как объекты окружающей действительности имеют разную важность для человека, в системе его отношений имеется иерархия господствующих и подчиненных отношений. Эта система постоянно меняется, развивается, Но всегда определяющую роль играют отношения между людьми, в целом обусловленные структурой общества.

В. Н. Мясищев выделяет четыре компонента характеристики личности.

1. *Доминирующие отношения* личности. С вопросом о доминирующих отношениях связаны вопросы о том, для чего живет данный человек, что для него является смыслом жизни: руководит ли им социальный идеал блага или цели личного преуспеяния, либо человек не ставит перед собой отдаленных задач и целей, еле справляясь с повседневными заботами. Тесным образом связана с проблемой личности, ее целей, отношений проблема счастья.

2. *Психический уровень* человека. Это не только уровень его желаний, но и уровень его достижений. Определить данный уровень — значит ответить на вопросы: чего достиг человек, каковы его возможности, какой след он оставил в жизни общества, иначе говоря, каково историческое значение личности. Богатство личности определяется богатством ее опыта, прежде всего общественно-трудового, культурного опыта, основанного на богатстве общественных связей в широком смысле слова.

Богатство личности, выражая уровень ее развития, неразрывно связано с ее сознательностью и ее самосознанием, под которым подразумевается способность личности правильно отражать действительность в ее настоящем и прошлом, а также предвидеть будущее, правильно оценивать себя самого и свое место в действительности.

Уровень развития личности одновременно является уровнем развития ее функциональных возможностей, ее интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств.

Аспекты общественного и культурного развития личности полностью не совпадают. Общественное развитие человека выражается той ролью, которую играют в его поведении общественные интересы по сравнению с личными. Культурный же уровень личности выражается соотношением идейных элементов индивидуального опыта и органических (витальных) импульсов поведения.

3. *Динамика реакций* личности. Она соответствует тому, что в психологии называется темпераментом, а в физиологии И. П. Павлова — типом высшей нервной деятельности.

В. Н. Мясищев подчеркивает, что, во-первых, темперамент проявляется во всех сторонах личности, в том числе в ее интеллектуальной и идейной жизни; во-вторых, темперамент обнаруживается лишь в области активных отношений личности; в-третьих, темперамент также может меняться под влиянием жизненных условий.

4. *Взаимосвязь основных компонентов* или *общая структура* личности. Сюда относятся пропорциональность, гармоничность, цельность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, то есть соотношение различных свойств психики или то, что по преимуществу называют характером личности.

Эта сторона важна для понимания таких волевых и моральных свойств, как устойчивость, настойчивость, выдержка, самообладание, отзывчивость, внимание к человеку, принципиальность, честность и противоположные им отрицательные качества. В названных свойствах, как в едином узле, связываются доминирующие отношения человека с уровнем его развития в целом, в отдельных сторонах и в динамике темперамента.

Разрабатывая теорию личности, В. Н. Мясищев уделяет внимание также вопросу ее развития. Проблему развития личности В. Н. Мясищев связывает с характеристикой ее отношений на разных этапах развития. Существенным для определения уровня развития является структура отношения к действительности. В ранней стадии у ребенка собственно нет отношений, его реакции обусловлены импульсами непосредственного удовлетворения своих органических влечений. В дальнейшем развитии они крайне неустойчивы, импульсивны, непосредственно обусловлены аффективным состоянием или аффективной реакцией, вызываемой предметами и лицами окружающей действительности. Еще дальше завязываются определенные отношения с действительностью, имеющие еще непосредственно-эмоциональный, конкретно-личный характер, определяясь привязанностью или враждой, интересом и т. п. Параллельно с формирующимся сознанием объективной действительности у ребенка возникает объективная мотивировка отношений, и он начинает действовать в силу сознания необходимости подчинять непосредственные побуждения, желания и эмоции опосредованным мотивам. На самом высоком уровне развития в связи с ростом его общественных связей, с развитием абстрактного мышления его отношения расширяются, приобретают осознанно мотивированный, принципиально обоснованный характер, причем внешние требования осознаются личностью как необходимость, и, подчиняясь им, принимая их, личность делает их внутренним принципом своего поведения.

Первые шаги развития ребенка протекают обычно в семейной среде. Здесь устанавливаются первые общественные связи. В дальнейшем развитие ребенка может пойти путем расширения положительных общественных связей, переключения в более широкую общественную среду, например, школьную. Общественный контакт, его прочность, устойчивость или хрупкость, его объем (широкий, ограниченный, или избирательный), замкнутость, сосредоточенность на себе, индифферентизм, агрессивные установки — все обусловлено опытом общественного развития ребенка. Поведение, исходящее из мотивов личного или общественного интереса, в частности, общего интереса детей одной школы, профессиональной группы, народа или класса, отражает одновременно и уровень развития отношений, то есть общественного сознания, и их направленность. Это отношение, формируясь в процессе общественно-трудового опыта и в связи с его особенностями, отливается в систему взглядов материалистически-реалистическую или мистически-идеалистическую.

Способ включения в общественную деятельность, в частности степень, форма, возраст привлечения к труду, радикально отражается на всем взаимоотношении личности и действительности, рано формируют рабочие или паразитарные установки, трезвый или мистически-нереальный взгляд на вещи, действенность или пассивность, словом, всю структуру личности ребенка.

В общем виде проблему *движущей силы* развития человека В. Н. Мясищев рассматривал с философско-психологической точки зрения следующим образом. В процессе развития слепые силы влечения организма превращаются в осознанные потребности, инстинктивное приспособление к природе и социальной среде становится все более сознательным и планомерным, включающим не только приспособление к действительности, но и преобразование ее.

Развитие есть постоянная борьба противоположностей. Одной из сторон развития личности является нарастание и обогащение системы ее возможностей и потребностей (требований к жизни). Вместе с тем предъявляет ряд требований к человеку и предоставляет ему определенные возможности окружающая действительность. Борьба и единство противоположностей здесь заключается в том, что жизнь создает меняющиеся условия (общественные требования и возможности), которые сталкиваются с имеющимися у человека потребностями и его внутренними возможностями и побуждают его к освоению нового и переделке самого себя, в результате чего у него возникают новые потребности и новые внутренние возможности. Личность, изменяясь, развивается, меняется и характер ее отношения к действительности. Но последняя также изменяется. Весь этот спиралевидный процесс развития с наполняющими его борьбой, процессами овладения и преодоления составляет основное содержание развития личности, в ходе которого она выступает не пассивным объектом, а все более активным и сознательным субъектом.

8.4. КОНЦЕПЦИЯ НЕВРОЗА

8.4.1. Невроз — психогенное расстройство

В. Н. Мясищев рассматривал невроз прежде всего как функциональное, психогенное нервно-психическое заболевание, вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни. Здесь возникают следующие вопросы.

1. Какие переживания или какие качества переживаний являются патогенными?
2. При каких условиях переживания становятся патогенными?
3. Когда из переживания возникает болезненное состояние?
4. Какова нейрофизиологическая природа переживания?

Какие переживания или какие качества переживаний являются патогенными?

Ответ о том, что патогенным является тяжелое, потрясающее переживание, является неверным.

Во-первых, тяжелые потрясающие переживания в ряде случаев, как они ни тяжелы, как ни остро и глубоко ни переживаются личностью, не вызывают невроза — поэтому надо отличать сильное или потрясающее переживание от патогенного. Во-вторых, в ряде случаев острое психическое потрясение дает быстро проходящее болезненное состояние, которое следует отличать, как реакцию от невроза.

Опыт показывает, что источники патогении весьма многообразны. Попытка привести их к одному знаменателю — обычно искусственна. То, что не патогенно для одного, патогенно для другого, и, наоборот, то, что для первого патогенно, для второго оказывается безвредным.

В связи с этим в формулу роли переживания В. Н. Мясищев вносит существенную поправку: при более глубоком анализе *переживание оказывается производным от личности переживающего* и само должно быть объяснено ее особенностями.

Человека связывают с действительностью любовь, дружба, вражда, обязанности, принципы, привычки и т. д. Некоторые из них более значимы, другие менее.

Достаточно взглянуть на любое глубокое переживание человека, чтобы убедиться в том, что *в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, что болезненные переживания являются лишь следствием нарушенных взаимоотношений.*

Потеря работы, клевета, измена супруга, смерть ребенка, неудача в достижении цели, уязвленное самолюбие и т. п. — *являются источником болезненного переживания лишь в том случае, если они занимают центральное или по крайней мере значимое место в системе отношений личности к действительности.* Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции.

При каких условиях Переживания становятся патогенными?

В ряде работ еще до Фрейда в разной формулировке эти условия определялись то как конфликт, то как коллизия, то как несоответствие, то как противоречие. Однако вопрос этот освещался слишком абстрактно. На первый взгляд, источник патогении заключается прежде всего в том, что требования, потребности, стремления, желания личности не удовлетворяются теми или иными моментами действительности.

Однако известное несоответствие (конфликт) между потребностями и возможностями их непосредственного удовлетворения является существенным моментом в развитии личности: несоответствие мобилизует нашу деятельность, заставляет нас напрягаться, активирует нас. Достижение поставленной цели упражняет и развивает наши нервно-психические функции. Вчерашнее «противоречие» сегодня исчезает, достигается поставленная цель, в связи с психическим ростом повышается уровень потребностей, это влечет за собой новые цели и новые задачи. Таким образом, само *противоречие или несоответствие между потребностью и возможностью ее удовлетворения, целью и возможностью ее достижения, приводит к психоневрозу только тогда, когда оно продуктивно не разрешается:* цель не достигается и потребность не удовлетворяется, — терпят крушение планы, разрушаются надежды, утрачиваются близкие люди, положение, возможности и т. п.

Когда из переживания возникает болезненное состояние?

Однако не всегда неудачи и потрясения порождают невроз. В. Н. Мясищев перечисляет следующие источники патогенности противоречия (конфликта):

а) особенности личности, создающие трудности в общении с другими людьми, как это бывает у лиц агрессивных, претенциозных, упрямых, взбалмошных, сенситивных и т. п.;

б) случаи, при которых личность не может найти рационального, продуктивного решения конфликта в силу известных обстоятельств: когда средства активного воздействия на ситуацию для достижения целей оказываются гораздо ниже уровня потребностей или притязаний личности;

в) случаи, когда действительность не представляет пассивного объекта воздействия: она активно препятствует и помогает субъекту, дает ему средства и возможности и в то же время предъявляет к нему требования;

г) случаи, при которых объективные условия делают противоречие неразрешимым, когда, например, человек теряет своего близкого, или человек теряет средства достижения цели, например, певец — голос и т. п.

Возникает уже вопрос не о разрешении задачи и преодолении трудностей, а о признании и подчинении реальной необходимости. Здесь опять-таки требуется известный фонд психических средств для того, чтобы понять неизбежность отказа и найти новые пути в жизни.

Патогенность ситуации, таким образом, заключается в неумении рационально, иначе — продуктивно преодолеть трудность или неспособность отказа от неосуществимых стремлений.

Понятием патогенной ситуации широко пользуются, но часто неправильно отождествляют его с понятием внешних условий. *Приводящая к неврозу патогенная ситуация характеризуется ее индивидуальной и относительной*

неразрешимостью, то есть неразрешимостью для данного субъекта в данной обстановке, его неспособностью или неумением найти продуктивный, рациональный выход в данных условиях.

Какова нейрофизиологическая природа переживания?

В условиях неразрешенного противоречия в огромной степени нарастает нервно-психическое напряжение, прежде всего аффективное напряжение. Оно, в свою очередь, обостряет противоречие, усиливает трудности, затрудняя рациональное решение, создавая конфликты, повышая неустойчивость и возбудимость человека, углубляя и болезненно фиксируя переживания.

Нарастающее и неразрешающееся напряжение создает вначале лишь предпосылки к возникновению невроза, в дальнейшем же влечет за собой психическую и физиологическую дезинтеграцию личности, которая проявляется уже в картине заболевания. Аффективность становится чрезмерной и фиксированной. Волевое управление, самоконтроль нарушаются и сменяются картиной безволия и всплесками односторонних и непродуктивных напряжений. На место объективного, логического мышления выступает субъективное фантастическое, символическое, кататимное.

Многочисленные проявления вегетативных висцеральных нарушений основных функций организма — сна, аппетита и т. п. — являются выражением глубоких физиологических сдвигов.

Функциональная дезорганизация личности, таким образом, сказывается в нарушении как сложных, высших, психосоциальных форм поведения (психической переработки), так и более элементарных физиологических реакциях.

Вывод.

Все изложенное позволяет рассматривать *невроз как психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей, недостигнутая цель, невосполнимые потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.*

Таким образом, противоречие само по себе не создает невроза; необходимым условием является нерациональное и непродуктивное его разрешение, субъективный, иррациональный, связанный с повышением аффективности способ переработки. Аффективное напряжение в свою очередь не представляет еще невроза, но тогда, когда оно дезорганизует психическую и соматическую деятельность, мы имеем дело с болезнью — с неврозом.

8.4.2. Типы невротических конфликтов

Анализ различных взаимоотношений, существующих между картиной отдельных невротических синдромов и между характером патогенных условий,

позволил В. Н. Мясищеву описать три основных типа невротических конфликтов: неврастенический, истерический, обсессивно-психастенический.

Неврастенический конфликт

Это — противоречие между актуальными возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и требованиями к себе, которые соответствуют требованиям окружающего, с другой стороны. Источником болезни является то, что личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении разрешить эту задачу. Противоречие заключается в относительном несоответствии между возможностями или средствами личности и между требованиями действительности. Эта, как говорилось выше, ситуативная недостаточность личности покрывается мобилизацией ее внутренних ресурсов, мобилизацией усилий человека с максимальным доступным личности использованием внешних возможностей. Не умея найти правильного разрешения задач, при максимальных усилиях, человек перестает справляться с работой, утрачивается или снижается его продуктивность. Вместе с тем его организм дезорганизуется в функциональном отношении, то есть расстраиваются его нервно-психические функции: падает внимание, обостряется аффективность, появляется озабоченность, тревога и неуверенность, нарушаются сердечная деятельность, желудочно-кишечные и другие функции.

Такой характер противоречия чаще всего наблюдается в условиях психогенного возникновения неврастенического синдрома.

Истерический конфликт

Этот тип противоречия встречается в тех случаях, когда личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие в разрез с субъективными требованиями личности. Характерная картина патологической переработки такого противоречия часто встречается при истерическом синдроме. Характерное для истерии несоответствие между требованиями, потребностями личности и ее реальными внутренними ресурсами сочетается со склонностью недооценивать или игнорировать объективные реальные условия и вытекающем отсюда перевесом требовательности к окружающему над требованиями к себе и критическим отношением к себе, характеризующим истерическую претенциозность.

По отношению к истерии Фрейд указывал на то, что в ее основе лежит неосуществленное желание. В. Н. Мясищев соглашается с тем, что патогенным стержнем истерического образования являются неудовлетворенные тенденции, потребности, желания, иррационально перерабатываемые личностью. Это не дает тем не менее права рассматривать истерические явления как целесообразные приемы и говорить о выигрыше от болезни, как это делают, например, Фрейд, Адлер и др. По мнению В. Н. Мясищева, это дает только основание говорить, что истерия действительно имеет цель и желание, но не в болезни эта цель и желание, а болезнь есть патологическое выражение неудовлетворенного желания.

Совершенно иной характер противоречия в истерии по сравнению с неврастенией выдвигает совсем другие черты в болезненных проявлениях. Эгоцентризм при противопоставлении себя действительности должен выступать несравненно ярче. Тенденциозно-личный характер аффективное-

ти — агрессивность и претенциозность, конфликт с действительностью — являются и следствием, и причиной относительного перевеса аффекта над логикой у истерика. Уловки, фикция и обман могут быть следствием и причиной истерического столкновения с неудовлетворяющими и травмирующими ее сторонами. Поэтому истерия выступает прежде всего как «конфликтный» невроз, где конфликт, однако, происходит у личности не столько с самим собой, сколько с теми или иными внешними обстоятельствами, хотя сам больной в ряде случаев является их виновником. Он не может ни подчинить действительность своим требованиям, ни отказаться от них, подчиняясь действительности.

Обсессивно-психастенический конфликт

Этот тип конфликта наблюдается тогда, когда человек заболевает в условиях противоречивых влияний и вырастающих отсюда противоречивых внутренних тенденций. Личность как бы внутренне расщепляется, и этот «внутренний конфликт», внутреннее раздвоение характерно для невроза навязчивых состояний.

Борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивными влечениями и этическими надстройками представляет собой типичный случай этих внутренних конфликтов.

Неразрешающееся напряжение наиболее ярко выражается в состоянии нерешительности, сомнения, при котором личность колеблется в борьбе двух противоположных тенденций, причем или ни одна не приобретает перевеса — и человек страдает сомнениями, нерешительностью, раздвоением, или же одна из двух тенденций приобретает перевес, но, встречая противодействие другой, обнаруживается в навязчивом симптоме.

Механизм возникновения болезненных симптомов еще недостаточно ясен. Он ярче всего проявляется в символической обсессии, например, в навязчивых ритуальных действиях, значение которых может быть понято только на основе их генетического анализа, позволяющего установить тесную связь между симптомами болезненного состояния и характером внутренних противоречий.

Смешанный тип конфликта

Патогенные ситуации, которые создаются у личности, могут меняться и быть множественны. Так, человек может напрягаться сверх меры и вместе с тем быть в сильнейшем конфликте, например, нести напряженную и ответственную работу, отрицательно относясь к ней, быть неудовлетворенным своим положением и испытывать острое чувство неполноценности. Эмоциональное напряжение истощает, а конфликт и неудовлетворенность, из которых нет выхода, создают истерические тенденции. Эта комбинация противоречий оправдывает столь распространенный в практике термин «истеро-неврастения». Возможны и другие комбинации конфликтов.

Попытка вывести клиническую картину непосредственно из характера противоречия является, по мнению В. Н. Мясищева, довольно грубым упрощением. В каждом конкретном случае мы имеем сплошь и рядом комбинацию ряда противоречивых тенденций, в которых внешние и внутренние моменты участвуют в разном соотношении и при которых не всегда с первого взгляда можно установить истинный смысл противоречивой ситуации.

Возникает вопрос: может ли конфликт психастенического типа (например, противоречие чувства долга и любви) дать картину истерического состояния? В. Н. Мясищев утвердительно отвечает на этот вопрос. Он приводит пример женщины с развитым сознанием общественного долга, которая выдает мужа, узнав, что он фальшивомонетчик, но выдав, заболевает истерией. Здесь был конфликт внутренних тенденций (психастенический) — любви к мужу и сознания долга. Но после того как муж был потерян, конфликт стал внешним (истерическим) — больная не может примириться с потерей мужа и заболевает, а когда примиряется, тогда выздоравливает.

В другом случае, приводимом В. Н. Мясищевым, в патогенной ситуации женщины, которая дает картину истерического невроза, на первый взгляд — внутренний конфликт, борьба между желанием бросить мужа и жалостью к нему. При ближайшем рассмотрении оказывается, что больная не бросает мужа потому, что ей некуда переехать и в сущности жалость к мужу лишь демонстрируется больной, но большой роли не играет, а отсюда и вывод о том, что здесь в основном конфликт не личности с собой, а с внешними моментами действительности — между желанием бросить мужа, несмотря на жалость, и невозможностью уехать от него.

Таким образом, связь между патогенетической сущностью и патологическим проявлением и истинный характер сложного противоречия открывается только после тщательного анализа.

8.4.3. Особенности характера

Патогенные источники невроза, по убеждению В. Н. Мясищева, нужно искать не столько в абсолютных качествах психики и условиях жизни, сколько в соотношении первых со вторыми. Поэтому он резко возражал против абстрактных положений о конституциональной обусловленности невроза, о слабости нервной системы, о той или иной недостаточности нервной системы.

Невроз может возникнуть без всякого предрасположения у лиц до того здоровых, ничем не отягченных. Этим, конечно, не исключается совершенно роль конституции, предрасположения, слабости нервной системы. Общеизвестные факты показывают, что чем слабее нервная система, тем скорее заболевает человек. Но более важным для понимания природы невроза В. Н. Мясищев считал вопрос о так называемой «ситуативной недостаточности», которая проявляется в том, что и достаточно сильные и достаточно испытанные жизнью люди не справляются с известными ситуациями, тогда как многие лица с так называемой слабой нервной системой и астеничной психикой справляются с аналогичной ситуацией и не заболевают. Так, для гипертимного человека монотонно однообразная обстановка трудно выносима, тогда как для вялого и астеничного она оказывается желательной и, наоборот, трудной оказывается обстановка напряженных требований. Эта идея «ситуативной недостаточности» впоследствии была переработана

А. Е. Личко и трансформирована им в понятие «места наименьшего сопротивления» акцентуированной личности.

Далее В. Н. Мясищев предупреждает против формального, абстрактно обобщенного определения психических свойств личности. Говоря о твердости — слабости, решительности — нерешительности, самоуверенности — неуверенности в себе, смелости — робости, самообладании и его отсутствии, нужно всегда помнить, что в разных обстоятельствах человек может обнаружить разную степень этих качеств или даже противоположные черты.

Было бы ошибкой также рассматривать качества личности вне их соотношения друг с другом. Так, импульсивность представляет избыток возбудимости и недостаток торможения, фантазирование — перевес эмоциональности и недостаток критики. Эгоизм является изнанкой самоотверженности и отзывчивости. Патогенная роль этих соотношений сказывается в том, что подчас уступчивый астеник может иметь меньше шансов к патогенному конфликту по сравнению со стеничным, сильным, настойчивым, но не гибким и упрямым человеком.

Черты характера, по В. Н. Мясищеву, представляют структурное объединение, в котором сказывается и отношение личности к окружающему, и темперамент, и качества интеллекта. Неуверенность в себе является и выражением самооценки, и выражением взаимоотношения с окружающим, и показателем способности критической оценки, и проявлением астенического темперамента. Аффективная вязкость — это и острота впечатления, и длительность его, относительно недостаточная интеллектуальная переработка и затрудненное отреагирование; вместе с тем она существует не для всех явлений действительности, но преимущественно в определенной области эмоционально значимых отношений. Мнительность выражает одновременно внимательное отношение к себе и неуверенность в себе и настороженно недоверчивое отношение к окружающим. Она вырастает на основе пассивной позиции чувствительного и астенического человека, достаточного в интеллектуальном и недостаточного в волевом отношении.

В. Н. Мясищев отказывается от перечисления всего многообразия черт характера, могущих иметь патогенетическое значение. Он отмечает лишь два момента, которые особенно заметно выступают в характере больных неврозами, явно затрудняя благополучное разрешение болезненной ситуации: 1) перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим с относящимися сюда разнообразными чертами импульсивности, кататимности, эгоцентризма, упрямства, сенситивности, фантастичности и т. д.; 2) перевес аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающей вязкие доминанты болезненных переживаний.

В. Н. Мясищев подчеркивает, что связь невроза с характером не значит, однако, что невроз представляет собой развитие и усиление преморбидных черт. Часто у больного обнаруживаются черты, не соответствующие преморбидному характеру. Так, человек тревожно-мнительного или психастенического характера не обязательно заболевает психастенией, а может дать картину неврастении, и, наоборот, ранее уверенный и стеничный может в болезненном состоянии превратиться в робкого и нерешительного.

8.4.4. Генетическое понимание невроза

Понимание сущности невроза предполагает установление связи между картиной болезненного состояния, процессом ее возникновения и между причиной, ее вызывающей. Если ближайшие причины заболевания заключаются в личности, в ее взаимоотношениях с условиями, в неправильной переработке ею последних, то *отдаленной причиной невроза являются условия истории развития личности.*

Генетическое понимание освещает несколько сторон в развитии невроза: во-первых, невроз является болезнью личности, а сама личность в каждый момент представляет результат ее индивидуальной истории развития, во-вторых, личность развивается в определенных культурных, экономических, политических условиях, определяющих и характер личности, и причины возникновения невроза.

В. Н. Мясищев выделял две основные формы невроза, которые определяются соотношением истории личности и истории невроза.

Первая форма — *невроз как патологическое развитие.* Здесь конституциональные врожденные факторы имеют лишь значение одного из условий, а основную роль играет процесс развития — в определенных внешних условиях. Эта форма может быть названа невротическим развитием, и В. Н. Мясищев подчеркивает роль ситуации раннего детства, подтверждая в этом отношении некоторые указания Фрейда. Однако это не означает признания сексуальной теории и инфантильной сексуальности и взгляда на невроз как регрессию к инфантильной стадии. Это значит только, что детство является наиболее пластичным периодом жизни.

Ситуации раннего детства формируют первые установки личности на окружающее, определяют ее связи с действительностью, направление и тип ее развития, способы переработки переживаний.

Поскольку семья является первой общественной ячейкой, которую находит ребенок, постольку неблагоприятные семейные взаимоотношения играют огромную роль в формировании социальных установок и являются первым источником невротических образований.

Роль неблагоприятно складывающихся взаимоотношений особенно возрастает в критических фазах, когда претерпевают существенные сдвиги и характер связи личности с действительностью, и вся ее функциональная структура, что позволяет рассматривать симптомокомплексы неврозов как инфантилизмы или частичные задержки развития на его детской стадии.

При невротическом развитии не острые конфликты, не потрясающие события, а вся обстановка, создающая противоречия с действительностью, начиная с раннего детства, искажает ход развития личности, создавая патологические тенденции.

Вторая форма невроза — *актуальный невроз* — остро возникает у личности, до того здоровой, под влиянием тяжелого, острого переживания или трудно разрешимой противоречивой и напряженной ситуации. Здесь между историей личности и историей болезни не существует соответствия — характер личности до заболевания не отличается болезненными чертами невроза.

Источники болезненного состояния лежат по преимуществу в трудной ситуации, но не во внутренней структуре личности.

При актуальном неврозе отмечаются тяжелые условия при нормальных тенденциях личности, а нарушение переработки может быть объяснено тяжестью ситуации; при неврозе развития — личность и ее тенденции имеют болезненный характер и создают конфликтные ситуации, а патологические переработки представляют привычный и характерный для нее способ реагирования.

8.4.5. Критерии отграничения неврозов

Психозы, конституциональные психопатии, неврозоподобные органические расстройства вытекают, согласно В. Н. Мясищеву, не из нарушенных отношений, а из непосредственного нарушения функций.

Если при неврозе нарушаются взаимоотношения личности с действительностью и возникающий конфликт создает вторичное нарушение нервно-психической функции, то при органическом заболевании, при психозе мы имеем непосредственное поражение функций и субстрата, что обусловливает вторичное нарушение взаимоотношений с действительностью.

При психопатии нарушенные взаимоотношения возникают из врожденной недостаточности нервно-психических функций, препятствующих включению личности в систему общественных отношений.

Реактивные состояния (депрессия, страх, тревога) и острые аффективные реакции не имеют корней в особенностях личности, не нарушают в основном ее нормальной структуры и ее общих отношений к действительности и представляют относительно изолированный феномен. Это — усиленная и адекватная реакция на остро действующие, потрясающие события.

8.5. КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Патогенетическая (также «психогенетическая») психотерапия Н. В. Мясищева является единственным динамически ориентированным подходом в России. Сам создатель этого подхода относил его к «рациональной» психотерапии, обосновывая это следующими соображениями. В психотерапии термин «рациональная психотерапия» существует в двух вариантах формирования у больного правильных представлений о болезни: а) разъяснения или логического доказательства неправильности представлений и реакций больного и правильного здорового понимания его положения; б) переубеждения больного и формирования у него правильных убеждений. Разъяснение, апеллирующее к рассудку больного, обычно мало продуктивно и в лечебном плане мало результативно. В лучшем случае оно сопровождается грустным признанием больного: «Я понимаю, доктор, но справиться с этим не могу». Убеждение не только формирует правильное представление, но и обеспечивает действенность, регуляторную силу правильного представления. Эта сила возникает по мере того, как реорганизуется личность и система ее отношений к действительности. Реорганизация характеризуется тем, что ранее важное утрачивает свою значимость, возникают и начинают определять общественно адекватное поведение и переживания другие значимые мотивы. Меняются взгляды, убеждения и отношения.

Вольф Лаутербах располагает метод В. Н. Мясищева на шкале психотерапевтических подходов между рациональной психотерапией и каузальной (то есть терапией, которая лечит через вскрытие и осознание психологических причин расстройства). Патогенетические терапевты являются «рациональными» лишь постольку, поскольку у них общие с ними цели — добиться понимания пациентом своих ошибок и необходимости измениться. Они добиваются этого путем последовательного осознания пациентом психологических причин (в понимании В. Н. Мясищева) своего расстройства.

В ходе патогенетической психотерапии в сознание пациента следует перевести материал, на который прямо указывал И. П. Павлов, говоря, что врачу «надлежит отыскать вместе с больным или помимо него, или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза».

Основная задача заключается в том, чтобы в процессе патогенетической психотерапии сам пациент уловил бы взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал.

Решающим моментом служит завершающая психотерапевтический процесс реконструкция нарушенных отношений больного. При этом речь идет не про-

сто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, его отношения к миру, если изменяются в широком плане его жизненные позиции и установки.

В своей последней статье в 1973 г. В. Н. Мясищев более масштабно определил цели патогенетической психотерапии: принцип лечения заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. Примером осуществимости и осуществления этого в стационарных условиях является вся творческая работа А. С. Макаренко, на блестящий опыт которого В. Н. Мясищев не раз ссылался. А. С. Макаренко писал, что среди его воспитанников были истерические субъекты, и они выравнивались, перевоспитывались, становились полноценными людьми. Психотерапия, по В. Н. Мясищеву, представляет пограничную зону, в которой сочетаются лечение, восстановление и воспитание человека.

Глава 9

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ФОРМА

9.1. ЗАДАЧИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Задачи патогенетической психотерапии отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса: от изучения личности пациента через осознание к изменению, то есть к коррекции нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, ведущих к нарушению полноценного функционирования личности (Г. Л. Исурина, Б. Д. Карвасарский).

Конечные задачи психотерапии состоят в достижении терапевтических изменений в трех сферах: когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Однако степень изменений в этих трех сферах различна при индивидуальной и групповой формах психотерапии. Индивидуальная психотерапия в большей степени акцентирует когнитивный аспект изменений и в этом отношении она обладает более мощным потенциалом по сравнению с групповой психотерапией (именно поэтому она и может быть отнесена к рациональной психотерапии), групповая же форма терапии больше связана с изменениями в эмоциональной и поведенческой сферах. Подчеркиваем, что речь здесь идет о потенциальных возможностях двух форм терапии, а не о том, в какой степени этот потенциал реализовывается в процессе терапии и на какой сфере изменений акцентирует свою работу терапевт.

Различия между индивидуальной и групповой психотерапией в аспекте формулирования терапевтических задач хорошо объясняются с помощью применения понятия «контура взаимодействия». При индивидуальной терапии общение ограничивается диадой «пациент-терапевт». Инструментом воздействия здесь выступает лишь психотерапевт, что ограничивает диапазон реального эмоционального воздействия и реальных вариантов поведения, как в количественном плане, так и в качественном. Отношения терапевта и пациента не являются отношениями равных людей; иными словами, контур взаимодействия терапевт-пациент является скорее «вертикальным».

При групповой психотерапии инструментом воздействия выступает психотерапевтическая группа. Здесь складывается ситуация реального эмоционального взаимодействия, реального поведения, в которую систематически включены пациенты с широким диапазоном различных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих реакций. При этом пациенты находятся в относительно равной позиции по отношению друг к другу — «горизонтальный контур» взаимодействия.

Благодаря этим особенностям центр тяжести индивидуальной психотерапии переносится на сферу интеллектуального осознания. Возможности же ее в непосредственной коррекции эмоциональной и поведенческих сфер ограничены, однако эти сферы не исключены полностью из психотерапевтического процесса, а прорабатываются опосредованно, через изменение когнитивного компонента

отношения. Непосредственная же работа с эмоциональными и поведенческими стереотипами ограничивается взаимоотношениями терапевт—пациент.

Учитывая специфику индивидуальной психотерапии, Г. Л. Исурина, Б. Д. Карвасарский следующим образом формулируют конкретные ее задачи в каждой из трех сфер.

Сфера интеллектуального осознания (когнитивный аспект)

В отличие от групповой психотерапии, в которой ведущей ориентацией является интеракционная, индивидуальная психотерапия в значительно большей степени ориентирована биографически. Из этого вытекает и различие в материале осознания: групповая психотерапия в большей степени ориентирована на интерперсональное осознание, а индивидуальная — на генетическое (историческое). Именно поэтому в центре внимания индивидуальной психотерапии оказывается биографический материал.

На основании анализа своей биографии пациент может осознать:

1) мотивы своего поведения, особенности своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций;

2) неконструктивный характер ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов;

3) связь между различными психогенными факторами и невротическими расстройствами;

4) меру своего участия в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций;

5) более глубокие причины своих переживаний и способов реагирования, коренящихся в детстве, а также условия формирования своей системы отношений.

Эмоциональная сфера

Индивидуальная психотерапия имеет дело не столько с «живыми» эмоциями (кроме отношений «терапевт—пациент»), сколько с их отражением, поэтому задачи в эмоциональной сфере в определенной степени также связаны с осознанием. Пациент может:

1) получить эмоциональную поддержку от психотерапевта, способствующую ослаблению защитных механизмов;

2) научиться понимать и вербализировать свои чувства;

3) научиться испытывать более искренние чувства к самому себе;

4) раскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями (часто скрытыми от самого себя);

5) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования.

Поведенческая сфера

Пациент может корригировать свои неадекватные реакции и формы поведения на основании достижений в познавательной сфере.

9.2. МЕТОД (ПРОЦЕДУРА) ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Общие рекомендации

Ведущим психотерапевтическим лечением неврозов является метод перестройки отношений. Этот метод может быть назван глубокой психотерапией. Он дает возможность выяснить не только причины заболевания, известные пациенту, но и те из них, связь которых с имеющимися у него болезненными проявлениями ему не ясна. Последнее хорошо понимал великий физиолог И. П. Павлов. На одной из клинических сред он говорил: «Может случиться, что и сам больной своей навязчивости не знает, позабыл или не догадался об этой связи... Связь существует, а как взялась — неизвестно».

Больным неврозами большей частью не ясны механизмы и источники возникновения невротических симптомов. Поэтому основная задача психотерапии прежде всего должна быть направлена на выяснение источников невротического состояния.

Психотерапия начинается с бесед терапевта с пациентом, нацеленных на выяснение его жизненной истории, истории развития заболевания, особенностей личности пациента, его отношений к окружающей действительности — к родным, семье, школе, товарищам, работе и т. п. Во время бесед с пациентом от внимания терапевта не должно ускользать ни одно замечание пациента, ни одно сообщение его о казалось бы незначительном факте, реакция на него пациента.

Такое детальное выяснение биографических данных помогает терапевту путем сопоставления событий в жизни пациента с характером его реакций на них выяснять особенность сформировавшихся у него отношений, которыми и была обусловлена неправильная переработка внешних воздействий, послуживших толчком для развития заболевания. Таким образом постепенно раскрываются особенности патогенеза заболевания и источник возникновения невротических симптомов. Причем основные моменты, приводящие к раскрытию генеза заболевания, становятся понятными не сразу после сообщения пациентом детальных анамнестических сведений, а выясняются обычно постепенно в процессе длительной работы с пациентом.

Но одно понимание генеза терапевтом еще не является достаточным. Очень важно добиться понимания его самим пациентом. Необходимо помочь пациенту самому разобраться в причинах патогенных переживаний, возникших у него благодаря неправильно сложившимся отношениям, которые мешали разрешению встретившихся трудностей.

Важным условием успеха психотерапии является установление контакта терапевта с пациентом, положительное эмоциональное отношение пациента к процессу терапии. Терапевту следует проявлять большую доброжелательность к пациенту, искреннее участие в нем, заинтересованность в его излече-

нии при беспристрастном объективном подходе к разбору причин его заболевания. Такое отношение быстро оценивается пациентом, располагает его к лечению, создает доверие и вызывает на откровенность. Вместе с тем, излишнее внимание, заласкивание пациента, так же как и неровное к нему отношение, проявление неискренности, торопливости, приводят к замыканию его, к внешнему, формальному контакту. При пассивном отношении пациента к психотерапии утрачивается возможность раскрытия причин невроза. Эти отрицательные моменты препятствуют успеху психотерапии.

При завоевании терапевтом расположения пациента, благодаря правильному пониманию его переживаний, растет авторитет терапевта, доверие к нему и развивается все более активное участие самого пациента в совместном критическом разборе жизненных отношений и обстоятельств. С этого момента, когда пациент начинает понимать причины развившегося у него невроза, он начинает все более раскрываться: сообщать о себе много новых существенных биографических данных, о которых раньше умалчивал из-за того, что считал их ненужными, не имеющими значения, либо из чувства неудобства, стыда, нежелания показать себя перед терапевтом в невыгодном свете.

Такие дополнительные сведения обычно указывают на осознание пациентом своих неправильных реакций, сыгравших значительную роль в патогенезе заболевания. Не следует терапевту самому разъяснять пациенту причины развития у него заболевания, особенно не следует это делать поспешно, желательно добиться понимания их самим пациентом. Нельзя подлинное объяснение, основанное на глубоком понимании патогенеза невроза, подменить внешними и скороспелыми разъяснениями, что, к сожалению, нередко делается.

В процессе патогенетической психотерапии можно отметить определенную последовательность в формах поведения терапевта. При первой встрече с пациентом терапевт минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, терапевт приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации пациентом всех его представлений, связанных с пониманием болезни, ожиданий от лечения и пер; спектив выздоровления.

Проводя коррекцию «концепции» болезни у пациента, терапевт обсуждает с ним данные его обследований, убеждает, что причины невроза кроются не в органических изменениях, помогает уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период врач предоставляет пациенту соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями в содержании бесед происходят существенные изменения. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения пациента.

В процессе такого обсуждения в сознании пациента постепенно выстраивается определенная последовательность из различных звеньев новой концепции болезни: симптоматика — эмоциональные факторы или патогенные ситуации — личностные позиции или отношения — невротический конфликт — потребно-

сти или мотивы. Взаимоотношения с пациентом углубляются, терапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром.

На заключительном этапе психотерапии терапевт вновь увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов переживания и поведения.

На всех этапах терапии осуществляется два взаимосвязанных психологических процесса — осознание и реконструкция системы отношений.

Осознание (инсайт) заключается в понимании пациентом истинных источников собственных невротических расстройств. Реконструкция отношений личности состоит в коррекции нарушенных и выработке новых, адаптивных отношений.

Что же должен осознать пациент в процессе патогенетической психотерапии? Пациент должен осознать связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, нарушенными значимыми его отношениями и возникновением невроза. Терапевт выступает здесь в роли проводника в познании пациентом внутреннего мира собственной личности. Он пытается расширить у пациента область осознаваемого, помогает уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать его смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно натолкнуть пациента на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным приемом в этом процессе является привлечение внимания пациента к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с терапевтом и отношений со значимыми лицами в его жизни.

Самое главное и самое трудное при обсуждениях заключается в том, чтобы помочь пациенту понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, а внутренним конфликтом, в основе которого лежат неадекватные отношения, вследствие которых он не способен разрешить свои трудности. Конфликт же сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим тем самым соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи и помогает терапевт пациенту осознать.

Осознание психологических механизмов болезни отнюдь не является чисто рациональным, познавательным процессом: в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интеллектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их причин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности пациента не приводит. Процесс осознания должен быть эмоционально насыщенным в своей сущности.

Глубина осознания может быть различной. Первый уровень отражает понимание пациентом своего неправильного поведения, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может появиться в обстановке откровенного общения с другими пациентами, медперсоналом и психотерапевтом. Второй уровень отражает осознание пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и к окружающему миру), которые ле-

жат в основе его неправильного поведения. На этом уровне понимания пациент не только видит неправильность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. Третий уровень отражает понимание пациентом происхождения своего невроза, осознание истоков неадекватности своей системы отношений, что достигается посредством анализа жизненной истории пациента, начиная с детского возраста, условий его воспитания.

Причиной развития невротических состояний является не столько наличие внешних и внутренних конфликтов, сколько неспособность личности решать эти конфликты. Задача психотерапии состоит в том, чтобы сделать личность способной к разрешению трудностей путем реконструкции системы ее отношений. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений происходят два процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных. Эти новые позиции проходят проверку вначале в условиях терапевтической среды, а затем за ее пределами в ситуациях реальной жизни пациента.

Изменение отношений во внутренней структуре личности пациента осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов: идентификации и интернализации. Идентификация (отождествление) пациента с терапевтом является следствием того, что терапевт удовлетворяет определенные потребности пациента, например, его потребность в признании или опеке. Пациент пытается усвоить одобряемые терапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Иногда этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений пациента и его поведения. В ряде случаев идентификация может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который уже осуществляется с помощью механизма интернализации (интериоризации). Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия пациента терапевтом.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения протекает иногда с определенными трудностями — противодействием, сопротивлением пациента. Это затруднение возникает при коррекции неадаптивного поведения пациента. Сопротивление представляет собой психологический защитный механизм и отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к глубоко скрытым тягостным переживаниям, реакцию на перестройку неадаптивного поведения.

Сопротивление пациента проявляется в общении с терапевтом в различных формах: в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности изложения проявлений своего заболевания, в отрицании реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями терапевта без должной их переработки и т. д.

Степень сопротивления в процессе терапии может изменяться. Она повышается при несовместимости установок пациента и стиля поведения терапев-

та, при явном игнорировании терапевтом устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от пациента откровенности или активности, при неверии терапевта в возможности пациента, при отрицательном внутреннем отношении терапевта к пациенту, что может проявляться в критике без одобрения, иронии и т. п.

Процесс перестройки отношений человека, изменение его реакций является бесспорно очень сложным, но не недоступным. Человеческий характер, благодаря чрезвычайной пластичности свойств нервной системы, как и отношения человека являются динамичными и могут изменяться в связи с изменениями жизненных условий, социальных влияний и личного жизненного опыта.

Большое значение в правильном воспитании характера и отношений имеет эмоциональное усвоение пациентом необходимости самовоспитания, требовательности к себе, к своим поступкам, анализ их причин, дающий возможность регулировать свое поведение. О саморегулировании характера говорил А. С. Макаренко, указывавший, что на высшей стадии развития личность начинает требовательно относиться к себе и анализировать свои поступки, что открывает новые возможности развития характера.

Добиться познания самого себя является существенной задачей реконструктивного (воспитательного) этапа психотерапии. Только познание пациентом самого себя, своих поступков и поведения, дает ему возможность, пользуясь этим знанием, правильно отражать и перерабатывать внешние воздействия, без примеси влияния прошлых аффективно нарушенных отношений.

Конечно, как отмечала Е. К. Яковлева, далеко не все пациенты, подвергнутые психотерапии, выздоравливают от невроза. У некоторых отмечается лишь временное улучшение, у других же не удается добиться даже некоторого улучшения. Хорошему успеху лечения содействуют не чрезмерная давность заболевания, более молодой возраст пациента, а также хороший его интеллект. Большую роль при этом играет способность пациента к критической оценке своих неправильных отношений. Такие пациенты не только освобождаются от невроза, но у них заметно изменяется поведение, перестраиваются их отношения к окружающим людям, благодаря чему они становятся более полноценными людьми, правильно оценивающими встречающиеся на их жизненном пути разного рода трудности.

9.3. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В качестве иллюстрации того, как преломляется метод патогенетической психотерапии при лечении конкретного пациента, приводим наблюдение Е. К. Яковлевой.

Больная Ж., по профессии врач-окулист, находилась на стационарном лечении в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева с диагнозом: невроз навязчивых состояний, фобия трахомы.

Считает себя больной в течение шести месяцев. Связывает заболевание с неприятным случаем во время работы. Со слов пациентки, при промывании глаз больному, страдавшему трахомой, она почувствовала, что ей в глаза попала капля какой-то жидкости. Из-за опасения, что это были выделения данного больного, ей сделали соответствующую обработку глаз. Однако, несмотря на это, она стала высказывать мысль о том, что заразилась трахомой. Хотя дальнейшие объективные обследования не подтверждали наличие трахомы, мысль о ней ее уже не оставляла. Считая себя заразной, она стала принимать всякие меры предосторожности, чтобы не заразить окружающих. Перестала прикасаться к дверным ручкам, к предметам домашнего обихода, избегала соприкосновения с мужем и собственными детьми. Стала бесконечно мыть руки. Изолировала свою посуду, начала сжигать даже все вещи, в том числе и книги, к которым прикасалась. В то же время пациентка понимала, что это только ее мысли, что страхи ее необоснованны; она боролась с ними и со связанными с ними поступками, но эта борьба ей не удавалась. В связи с постепенным нарастанием страха пациентка была помещена в психиатрическую больницу, где предположили, что она больна шизофренией. Здесь ее лечили инсулиновыми токами, но состояние ее оставалось прежним.

После выписки из больницы она в течение двух дней чувствовала себя лучше, но затем возобновилось прежнее состояние. Пациентка оставила работу, дома ничего не делала, будучи поглощенной мыслями о заражении и выполнении защитных мероприятий от развившегося страха. В таком состоянии была направлена в психиатрическую клинику Института им. В. М. Бехтерева, где установили, что она страдает неврозом навязчивых состояний, после чего ее перевели в клинику неврозов.

В детстве пациентка была веселой, общительной девочкой, имела много подруг, в обществе которых всегда держалась свободно. По характеру была несколько неуверенной в себе, очень впечатлительной, чувствительной и обидчивой. Училась хорошо. Будучи студенткой, 20 лет вышла замуж, имела три беременности. Первый ребенок умер от воспаления легких в возрасте полутора лет. Смерть его перенесла очень тяжело. Отношения с мужем, со слов пациентки, сложились хорошо.

По окончании медицинского института работала врачом-окулистом. Отмечает, что всегда была трудоспособной. В работе проявляла аккуратность, требовательность, постоянно соблюдала все правила асептики. Работала среди трахоматозных больных, долго следила за ними, сама посещала их, если они

прекращали лечение. Неоднократно бывало и раньше, что при промывании глаз у таких больных или при операции ей попадали на лицо и в глаза выделения из их глаз, но после соответствующей обработки своих глаз она обычно переставала беспокоиться о последствиях.

Муж пациентки, который знает ее в течение 15 лет, подтвердил данные ею анамнестические сведения. Семейную жизнь муж, как и пациентка, рассматривает как благополучную. Неблагоприятным моментом, по мнению мужа, являются взаимоотношения пациентки с ее матерью, которая, будучи несколько «суховатой», не проявляла к дочери достаточного внимания.

Объективно: недостаточно критически отнеслась к своей идее о заболевании трахомой. Постоянно моет руки, ни с кем не общается, не прикасается к вещам посторонних, при разговоре закрывает лицо платком.

Во время психотерапевтических бесед с пациенткой, по мере усиления ее контакта с терапевтом, все более подробно раскрывались многие, ранее не известные терапевту события из ее жизни, имевшие значение для развития заболевания. Так, дополнительно ею были сообщены некоторые сведения из ее детства, о которых раньше она умалчивала из-за «чувства неудобства перед врачом», как пояснила она позднее. Пациентка рассказала о причинах сложных взаимоотношений с'матерью на протяжении всей ее жизни, о причинах, усложнивших в настоящее время ее взаимоотношения с мужем, и о переживаниях, так нарушивших всю ее жизнь.

Выяснилось, что до 14 лет она не знала своей настоящей матери. Она росла в семье бабушки, которую считала и звала «мамой». Родная же мать, как и ее сестры, то есть тетки пациентки, считались в семье сестрами пациентки, и она всех их, в том числе и свою мать, звала по имени. Отца своего она не знала, он считался где-то в отъезде. В 9-летнем возрасте кто-то из посторонних детей открыл ей истину об ее происхождении, но бабушка уверила ее в неправоте сказанного, и она поверила. Бабушку, которую пациентка считала своей матерью, она очень любила, и та платила ей тем же, была очень заботлива и нежна с ней. Как самую младшую в семье, все ее несколько баловали. Только в 14 лет, уже после смерти бабушки, пациентка узнала обо всем, что от нее так тщательно скрывали.

Она была глубоко потрясена смертью бабушки, отношением к ней матери и тем, что она была «незаконнорожденной». Тяжела была обида на мать за то, что та в детстве не признавала ее своей дочерью, что не разрешила своему второму мужу удочерить ее, как тот намеревался сделать, что и после смерти бабушки она не изменила к ней своего отношения и продолжала быть внешне отчужденной, неласковой.

Мать пациентки была женщиной совершенно иного склада, чем ее дочь. Она была сдержанной, несколько даже суровой на вид, очень работоспособной. Будучи педагогом, она много работала, была известной и всеми уважаемой в городе. На первое место в жизни она ставила работу. Всегда с неуважением относилась к женщинам, которые оставляли работу ради семьи. Того же она потребовала и от своей дочери, которая была совсем иной по характеру: мягкая, чувствительная, несколько неуверенная в себе, недостаточно выносливая, нуждающаяся в поддержке.

После замужества дочери мать осталась в ее семье, но, продолжая быть очень занятой, она ни в чем не помогала дочери. Раздражение пациентки против матери усилилось после смерти первого ребенка. Пациентка, будучи уже врачом, хотела временно оставить работу для лучшего ухода за больным ребенком, муж

не протестовал, но мать возражала, и пациентка, подчиняясь ее авторитету, не противилась такому требованию. Ребенок умер от воспаления легких, по мнению пациентки, из-за недостаточно хорошего ухода. В его смерти пациентка обвиняла свою мать.

У пациентки в связи со смертью ребенка развилось тяжелое невротическое состояние. После рождения второго ребенка она не работала в течение года, продолжая оставаться в невротическом состоянии. Затем, окрепнув, она опять стала работать по настоянию матери, которая, со слов пациентки, донимала ее своими упреками, открыто выражая презрение к женщинам, «которые после окончания вуза занимаются горшками».

В течение последних трех лет перед настоящим заболеванием пациентка очень перенапряглась как физически, так и эмоционально. Она работала в глазной поликлинике, относясь к работе с большой ответственностью, в то же время вела дома хозяйство, обслуживая мужа, мать и двоих детей. Мать же по возвращении с работы, ссылаясь на усталость, ничем ей не помогала. Пациентку стало возмущать поведение матери, а главное — мужа, который предоставил ей самой найти выход из создавшегося положения. Она же не находила решения, и хотя работа ее очень утомляла, она все же не оставляла ее и потому, что ей нравилось работать и потому, что не хотела оставаться дома из-за отношения матери к неработающим женщинам. Однако из-за постоянного утомления ходила на работу, по ее выражению, «как на каторгу».

Положение усугублялось еще и в том, что в силу наступившего за последние два года ослабления нервной деятельности у нее резко обострилась неуверенность в себе и ей стало трудно решать самые обычные вопросы. Так, на работе она по нескольку раз стала осматривать больного, прежде чем дать требуемое о нем заключение, сама проверяла инструменты, заставляла обслуживающий персонал по нескольку раз их кипятить и т. п., чего раньше не делала. Все это очень осложняло работу, с которой она уже почти не справлялась, о чем не говорила ни мужу, ни матери.

В этот период пациентка становится раздражительной, даже иной раз грубой, придирчивой, в особенности по отношению к матери, к которой у нее сложилось двойственное отношение. С одной стороны, она не могла ее видеть, раздражалась на нее, с другой, как говорила пациентка, — «так хотелось ласки и внимания со стороны матери».

Незадолго до возникновения фобии жизненные обстоятельства еще более осложнились из-за простудного заболевания ребенка, и у больной развился страх его потерять, так же как первого сына, — «от недостатка внимания и ухода». Именно в это время, когда пациентка находилась в состоянии нервного истощения и волнения, ей и попала в глаза капля выделений от больного. Она сразу же оставила работу, вначале для ухода за ребенком, а после его выздоровления не возвратилась к ней из-за развившегося навязчивого состояния.

Таким образом, в ходе психотерапевтических бесед дополнительные сведения о себе, даваемые пациенткой, позволили терапевту понять историю развития и содержание ее переживаний. В этом свете и терапевту и, главное, самой пациентке становилось ясным, что не «капля выделений», попавшая в глаза пациентки при промывании ею глаз трахоматозного больного, явилась причиной ее заболевания. Оно оказалось следствием ряда предшествующих событий, постепенно усложняющихся жизненных обстоятельств в течение, главным образом, последних трех лет. Капля же, попавшая в глаза пациентки, явилась

лишь «последней каплей», способствовавшей развитию невротического выхода из сложившейся трудной ситуации.

Понимание пациенткой жизненных обстоятельств, явившихся причиной сложного конфликта, и связи его с образовавшимся навязчивым симптомом нашло отражение в ее письме к матери, написанном в конце пребывания в клинике в ответ на поздравление ее матерью с днем рождения.

В письме пациентка впервые поделилась с матерью своими переживаниями. Она писала: «Здравствую, дорогая Катя (она и до сих пор называла свою мать по имени), мне было приятно читать твое поздравление с днем рождения. Мне всю жизнь казалось, что этот день и я тебе в тягость, что все в отношении меня неискренне, ложно. Я много понимала, переживала, но не могла никогда высказаться. Отсюда та бесконечная злоба к тебе, все срывы, вся ругань и прочее. Даже твои чистые, хорошие, добрые порывы я принимала за личные оскорбления, принимала с болью. Прочитав же твое письмо, подумав хорошенько, я поняла, что во многом, быть может, была не права, что все надо было бы воспринимать иначе. Ведь и ты была скована, скрыта в себе. Всю жизнь я росла без отца, без ласк матери. По натуре я очень мягкая, мне все это было необходимо, а я этого не имела. Вот причина того, что в конце концов у меня до сих пор укоренилось чувство никому ненужности, лишности, чувство, что я мешала всю жизнь и все было бы иначе, если бы не родилась я. Муж мой, он, конечно, хороший человек, но он не понял моей натуры, с детства надломленной, неудовлетворенной, чувствительной. Если было бы иначе, я не отошла бы от вас совсем и не убежала бы в этот проклятый прилипчивый невроз... Мне теперь значительно легче в смысле болезни, я возвращаюсь к вам не только внешне. Мне легче понимать все, а потому и легче разрешить всю сложную жизненную ситуацию, в которой я запуталась, не смогла найти выход и застряла подсознателы.о в своей болезни. Я пишу тебе и, конечно, плачу, но это уже не слезы озлобления или обиды. Нет, нервы еще слабы, но уже одно то, что я пишу тебе, есть уже залог возврата к жизни хорошей и простой».

Резюмируя, можно отметить, что в развитии данного фобического синдрома — страха заражения трахомой — попавшая в глаза капля выделений играла роль лишь внешнего момента. Патогенез не объясняется и только наступившим ослаблением ее нервной системы, хотя такое изменение «почвы», истощение ее, несомненно, имело важное значение в развитии заболевания. Как мы видели, генез заболевания определялся рядом реальных жизненных обстоятельств, из которых пациентка, из-за особенностей ее личности, не находила правильного выхода. Ее повышенная чувствительность при склонности к задержке эмоций вызвала в тяжелой ситуации крайнее нервное перенапряжение. В этом состоянии случайное попадание капли в глаза, встревожившее пациентку, привело к срыву нервной деятельности и образованию застойного пункта — навязчивой идеи о заболевании трахомой. Этот защитный механизм уводил теперь пациентку от разрешения реальных трудностей.

Понимание пациенткой причин заболевания постепенно изменило ее состояние, которое стало улучшаться. К концу лечения она перестала проявлять страх, прекратила частое мытье рук. Она осознала необходимость изменить свои прошлые эмоционально насыщенные отношения к матери и мужу, сделать их разумными, простыми и жизненными. По катамнестическим сведениям, полученным спустя три года после лечения, пациентка продолжает быть вполне здоровой.

9.4. ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Кроме общих рекомендаций, изложенных выше, до сих пор в нашей литературе отсутствовало детальное описание процедуры проведения патогенетической психотерапии. Одна такая попытка была предпринята в свое время А. Я. Страумитом, однако, к сожалению, в то время написанные им рекомендации «Патогенетическая психотерапия неврозов с функциональными нарушениями сердечной деятельности» не были опубликованы. Эти рекомендации, в значительной степени переработанные и переосмысленные нами с позиций современного уровня развития патогенетической психотерапии, легли в основу описания приводимой здесь процедуры (на примере больных неврозами с функциональными расстройствами сердечной деятельности).

Индивидуальная патогенетическая психотерапия проводится в следующем порядке:

1. Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни.
2. Осознание психологических причин и механизмов болезни:
   1) объяснение понятий «функциональное» и «психогенное» расстройство;
   2) установление различий между поводами и причинами расстройств;
   3) анализ конфликта:
      а) анализ требований и желаний пациента и его окружения;
      б) осознание конфликта.
3. Решение конфликта.
4. Реконструкция системы отношений.

9.4.1. Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни

Большинство пациентов с функциональными расстройствами сердечной деятельности убеждены в том, что их болезнь имеет органические причины. Это мнение, естественно, препятствует любому виду терапии, и терапевт должен разубедить в этом пациента. Это достигается объяснением пациенту (как это принято в рациональной терапии) результатов медицинского обследования (рентгенограмма, электрокардиограмма и т. д.), исключая все сомнительные, неясные или чрезмерно сложные результаты. Результаты, которые указывают на органические нарушения, тоже обсуждаются, так как пациент уже знает о них или выяснит это позднее, — и в том и в другом случае это будет иметь более вредные последствия, чем если врач говорит об их реальном значении и включает их в свое объяснение.

У пациента С, страдающего неврастенией с тахикардиальным синдромом и кардиофобией, в период пребывания в клинике были обнаружены гипертро-

фия левого желудочка сердца и незначительные мышечные изменения на электрокардиограмме, являющиеся следствием хронической алкогольной интоксикации. Ему, однако, ничего об этом не было сказано. Выписавшись из клиники в состоянии значительного улучшения, он, тем не менее, оказавшись через год в санатории, решил «проконтролироваться». Обследовавший его врач выявил точно такие же изменения, но сообщил об этом пациенту. Полностью доверяя негативным результатам прошлого обследования, пациент пришел к выводу, что у него развивается «новое» сердечное заболевание, после чего у него сразу же возник рецидив кардиофобии, и он вернулся в клинику. Только сравнив при нем привезенные им электрокардиограммы с прежними, наглядно доказав ему их полную идентичность и объяснив причину имевшихся на них изменений, его удалось вывести из состояния тревоги.

Учитывая, что вероятность случаев, подобных приведенному, очень велика, целесообразно сообщать о таких находках больным, однако объяснить их истинное патогенетическое значение. Для этого врачу надо подчеркнуть, *что* обнаруженные микроорганические изменения никоим образом не могут играть роль причин имеющихся сейчас жалоб на сердце и привести соответствующие доказательства, а именно: а) несовпадение во времени между появлением органических изменений и началом жалоб на сердце; б) несоответствие между отсутствием прогредиентности органических изменений и прогрессирующим нарастанием жалоб на сердце; в) несоответствие между постоянством органических изменений и непостоянством сердечных жалоб; г) несоответствие между незначительной выраженностью органических изменений и интенсивностью жалоб на сердце.

Отвергнув связь жалоб больного с органическими нарушениями, врач может перейти к разъяснению объективно обнаруженных функциональных расстройств. При этом не следует ограничиваться заявлениями типа «Ничего страшного у вас не найдено», «Все ваши жалобы носят чисто функциональный характер». Тем более не следует произносить таких фраз, как «Вам все это только кажется». Многие больные, недостаточно ясно понимая существо термина «функциональный», воспринимают подобные заявления как недоверие врача к их жалобам, а слова «Вам все это только кажется» — как слегка замаскированное обвинение в симуляции. Между тем болезненные ощущения пациентов (учащенное сердцебиение, перебои и боли в сердце) носят субъективно совершенно реальный характер и признать их кажущимися или мнимыми они никоим образом не могут. В связи с этим возникает необходимость не голословно обозначить названные симптомы «функциональными», а доказать, что они зависят не от внутренних причин, не от состояния сердца как такового, а от внешних психогенных факторов.

9.4.2. Осознание психологических причин и механизмов болезни

1. Объяснение понятий «функциональное» и «психогенное» расстройство.

Итак, надо доказать больному, что «функциональные» симптомы зависят от внешних психогенных факторов. Делается это в три этапа.

На первом этапе врач подчеркивает, что все обнаруженные функциональные сердечно-сосудистые нарушения носят не постоянный и необратимый, а временный и устранимый характер. Это подкрепляется конкретными результатами исследования динамики нарушений. При этом внимание пациента привлекается к максимально большому числу таких наблюдений, которые показывают возможность их нормализации даже сейчас, во время болезни.

На втором этапе необходимо добиться, чтобы больной понял, что имеющиеся у него сердечно-сосудистые нарушения и их пароксизмальные обострения во многих случаях обусловлены не чем иным, как проявлениями страха за сердце. С этой целью врач с помощью фактов, сообщенных ему в процессе психогенетического анализа самим больным в разрозненном виде, но сейчас приведенных в строгую логическую систему, опровергает уверенность пациента в том, что приступы возникают «неизвестно почему», «в самом спокойном состоянии» или же под воздействием физических нагрузок, перегревания, алкоголя и других вредных факторов, но только не от страха. Врач объясняет пациенту, что эти расстройства вызваны психологическими причинами, о чем свидетельствует изменение артериального давления, частоты пульса, данных ЭЭГ и ЭКГ в зависимости от различных эмоциональных состояний (например, при разговорах на различные темы или в ассоциативном эксперименте).

На третьем этапе до сознания больного доводится факт, что ведущей причиной его функциональных сердечных нарушений и кардиофобии является переживание им конфликтной жизненной ситуации. При этом врачу не стоит опережать события и стремиться к тому, чтобы пациент сразу же разобрался во всех деталях истории формирования и психологического содержания конфликтной ситуации. На данном этапе подобный разговор обычно для него еще недоступен. Здесь достаточно, чтобы он уяснил лишь то, что манифестация его заболевания и все последующие проявления находятся в четкой зависимости от переживаемых им жизненных неприятностей. Для этого врачу надо напомнить пациенту им же самим приведенные описания тех ситуаций, в которых произошли самые начальные сердечные приступы. Сопоставляя эти ситуации друг с другом, он показывает, что все они вызывали у пациента одинаковые неприятные переживания, и именно в момент их появления у него и развивались сердечные приступы, сопровождающиеся страхом смерти.

После этого со стороны пациента обычно следует вопрос: каким же образом подобного рода переживания могут вызвать сердечные нарушения? Изложение пациенту механизма «психосоматического переключения» в патофизиологическом аспекте даже в схематизированном виде мало доступно для понимания. Поэтому лучше изложить этот механизм в психологическом плане, учитывая следующие пять моментов:

а) сердце является таким органом, на деятельности которого легко отражаются самые различные переживания. При радости сердце может «запрыгать как мячик» или «вырваться из груди», при любви — «забиться как птица», при ненависти — «сжаться в кулак», при страхе — «уходить в пятки», при

тоске может появиться «камень на сердце»; о человеке, который остро переживает различные неприятности, говорят, что «он все близко принимает к сердцу» и т. д.;

б) возникающие сердечные нарушения оказываются тем сильнее, чем больше человек скрывает переживания внутри себя. Именно тогда, когда эмоции не получают внешней разрядки, они, накапливаясь внутри, все чаще и чаще прорываются по обиходным, вегетативным путям к сердцу. Этот процесс напоминает положение, когда скапливающийся в плотно закрытом котле пар, достигнув критического давления и не найдя выхода к турбине, вырывается из него через предохранительный клапан;

в) нарушение работы сердца в конфликтной ситуации — один из способов самозащиты организма от гнетущего влияния тяжелых жизненных переживаний. Вызывая тревогу и тревожное сосредоточение внимания на работе сердца, подобные нарушения тем самым отвлекают человека от переживаний кажущейся безвыходности его жизненной ситуации, дают возможность отложить попытки разрешить ее, отгородиться ценою болезни от еще более болезненных жизненных невзгод;

г) отсюда ясно, что развивающиеся нарушения являются не следствием «поломки» каких-либо частей сердца, а результатом его приспособления к работе в новых, более тяжелых психологических условиях. Это приспособление достигается либо за счет учащения, урежения или неравномерности темпа и ритма его работы, либо за счет усиления, расслабления тонуса его мышцы и сосудов. В первом случае идущие от сердца по нервам импульсы воспринимаются сознанием как сердцебиения, замирания, перебои, во втором случае — как различного характера боли;

д) однако не только и не столько сердце само по себе служит источником неприятных ощущений. Ощущения, как таковые, рождаются не в сердце, а в психике. При этом очень важно, какое у человека настроение — спокойное или тревожное. Известно, что тревога резко повышает и даже искажает восприимчивость тех органов чувств, посредством которых человек надеется уловить сигнал об опасности и, таким образом, предостеречь себя от нее. Так, если он, идя по лесу, опасается нападения грабителей, то обычный куст кажется ему похожим на подстерегающего его человека. Точно так же и страх за сердце резко обостряет восприятие именно его работы, и тогда самые незначительные изменения начинают ощущаться как чрезвычайно неприятные и болезненные.

Большинство пациентов не сразу принимают эти объяснения. Учитывая это, врач терпеливо продолжает давать необходимые разъяснения и уточнения. Однако в то же время он постепенно уводит пациента от застревания на этих вопросах и переключает его внимание на разбор основных психогенетических проблем.

2. Различие между поводами и причинами расстройств.

Добившись понимания пациентом функциональной природы и психогенного происхождения сердечных нарушений, врач меняет тематику проводимых собеседований. С этого момента они должны как можно меньше касаться собственно сердечных нарушений и как можно больше их психогенных причин, выявленных в процессе психогенетического анализа.

Первое, что здесь необходимо, — это разобраться в психологической взаимосвязи и патогенетической значимости многочисленных и разнообразных жизненных событий и вызванных ими переживаний, которые так или иначе участвовали в формировании невроза. Пациент должен уяснить, что все эти события являются звеньями одной патологической цепи, но играют разную роль: только некоторые из них могут быть отнесены к подлинным причинам невроза, другие же представляют собой лишь поводы к его возникновению.

Наименее остро подобный вопрос встает тогда, когда поводами к развитию невроза оказываются жизненные эпизоды, представляющие собой кульминацию причинных патогенных ситуаций, например: длительные служебные неприятности — увольнение с работы — невроз; многолетние жилищные затруднения — отказ в получении квартиры — невроз; хронические семейные неурядицы — развод — невроз. В результате очевидной однотипности содержания причин и поводов пациенты сами, без труда устанавливают их психологическую связь друг с другом. Поскольку же вторые являются очевидными следствиями первых, пациенты так же самостоятельно и легко уясняют и патогенетическую разницу между ними.

Однако крайне остро этот вопрос встает в тех случаях, когда поводами к развитию невроза выступают случайные события, не имеющие отношения к причинным патогенным ситуациям. Например, длительные служебные неприятности — заболевание гриппом — невроз; многолетние жилищные затруднения — алкогольное опьянение — невроз; хронические семейные неурядицы — чтение в газете некролога — невроз. Самостоятельно обнаружить и понять психологические связи между переживаниями столь внешне различных событий пациенты обычно не могут. Поэтому первостепенную роль хронических жизненных затруднений они в таких случаях, как правило, игнорируют и истинными и единственными причинами заболевания ошибочно считают те обстоятельства, которые непосредственно предшествовали манифестации невроза.

Чтобы помочь пациенту осознать скрытые за поводами подлинные причины своего заболевания, необходимо возвратить его к обдумыванию тех данных, которые были получены от него в процессе психогенетического анализа еще в то время (во избежание сопротивления), когда пациент не подозревал о том, что его жалобы могут иметь психологическую причину. Искусно задавая вопросы, врач заставляет увидеть пациента не только провоцирующие его заболевание факторы, но также и причину невроза.

Пример.

Больная Т. Диагноз: неврастения с тахикардиальным синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. При поступлении в клинику отрицала связь своего заболевания с психогенной и считала, что его основной причиной является грипп, осложнивший течение гипертонической болезни. Однако проведенное соматическое обследование не подтвердило наличие гипертонии. В то же время в результате психогенетического анализа было установлено, что, являясь одинокой пожилой женщиной, она уже много лет и крайне тяжело переживала свою личную неустроенность. После соответствующего разъяснения пациентка принципиально согласилась с тем, что она страдает не гипертонией,

а неврозом и что последний мог возникнуть вследствие именно этих переживаний. Но ее согласие было неустойчивым. Одновременно она высказывала сомнение: «Все-таки непонятно, своим одиночеством я мучилась уже давно, но ничего — была здоровой. Заболела же я только после гриппа». Тогда состоялась следующая беседа:

Терапевт: Два дня назад вы рассказали, что в момент заболевания гриппом из-за возникшей физической слабости вы не могли сами вызвать врача, хотели попросить это сделать соседей, но их не оказалось дома.

Пациентка: Да, так это и было.

Т: Но соседи, видимо, должны были скоро прийти?

П: В том-то и дело, что нет. Это был воскресный день, и они уехали на дачу. Если бы они должны были скоро вернуться, я бы не испугалась.

Т: А чего конкретно вы испугались?

П: Своего физического состояния, конечно. Температура, слабость, голова болит... Потом у меня до этого никогда не было таких сердцебиений.

Т: Но вы только что сказали, что если бы соседи быстро вернулись, вы бы не испугались. Значит одного плохого физического самочувствия было для испуга мало.

П: Но ведь это же понятно. Когда плохо себя чувствуешь, да еще никого нет вокруг и некого попросить о помощи, так испугаешься вдвойне.

Т: Я согласен с вами, но ведь вы в течение многих лет жили одна и в какой-то мере привыкли к одиночеству?

П: Привыкла, конечно... Хотя к этому привыкнуть очень трудно... Потом я вспомнила, что у меня находили гипертонию.

Т: Вы вспомнили об этом в момент испуга?

П: Да, а ведь это заболевание прогрессирующее. Кто знает, чем оно может кончиться!? Я уже не молодая... еще два-три года и жди чего-нибудь вроде инфаркта!

Т: Эти мысли вам тоже пришли в голову в тот момент?

П: Да... Я сейчас вспомнила, что даже представила себе тогда, как я умираю, а рядом ни одной родной души... Даже заплакала...

Т: Нельзя ли все-таки предположить, что вот именно эти переживания, очень трудное положение одинокой женщины, а не грипп, вызвали ваше заболевание?

П: Не знаю... Может быть, вы и правы.

Чтобы пациент смог полнее понять, что те события, которые он до сих пор считал причинами своего заболевания, на самом деле таковыми быть не могут, терапевту рекомендуется остановиться на следующих положениях.

Надо объяснить пациенту, что поводы не имеют самостоятельного определяющего значения и играют лишь роль последнего толчка или случайной искры, взрывающей уже подготовленную бочку с порохом.

Надо напомнить больному, используя от него же полученные сведения, что заболевание его возникло не так уж неожиданно, как это может показаться при поверхностном рассмотрении. Еще задолго до его появления он уже находился в состоянии нервно-психического напряжения в результате переживания тех или иных хронических жизненных затруднений, а к моменту манифестации невроза это напряжение особенно сильно возросло.

Надо разъяснить пациенту, что события, которые непосредственно спровоцировали у него манифестацию невроза, действовали на него не столько пря-

мым путем (посредством исключительно им свойственного болезнетворного влияния), сколько путем косвенным (посредством психологической переработки этого влияния в свете индивидуального жизненного опыта).

Надо добиться, чтобы пациент припомнил, что в основе такой переработки у него лежала цепь ассоциаций, содержание которых — каким бы обстоятельствам оно вначале не соответствовало — все более и более приближалось к содержанию его хронических жизненных затруднений в одном из основных направлений деятельности (общественном, производственном, хозяйственно-бытовом, семейном).

И, наконец, надо добиться, чтобы пациент уяснил, что конечное переживание, к которому привела цепь возникших ассоциаций, представляло результат сравнения своего настоящего положения с общей жизненной ситуацией, что привело к мысли (пусть мимолетной) о крайней сложности или даже невозможности устранения имеющихся хронических жизненных затруднений.

3. Анализ конфликта.

Проникнув вместе с больным через «барьер поводов» в содержание переживаемой им патогенной жизненной ситуации, терапевт еще раз круто изменяет тематику проводимых бесед. С этого момента рекомендуется как можно меньше касаться сердечных нарушений и поводов к их возникновению и как можно больше их подлинных психогенных причин. Терапевт неуклонно уводит пациента от застревания на вопросах своего соматического состояния и направляет его активность на обсуждение актуальных психологических проблем.

Основное, что здесь требуется сделать, — это довести до сознания пациента положение, что неврозы возникают не в результате одностороннего воздействия на человека психотравмирующих факторов, а в результате двустороннего взаимодействия с ними.

Иными словами, пациент должен понять, что причиной его невроза является сложная жизненная ситуация или конфликт, и **что любой** по содержанию конфликт всегда представляет собой следствие не только неблагоприятного стечения внешних обстоятельств, но и нерационального отношения к этим обстоятельствам и нерационального поведения при них самого больного. А отсюда возникает необходимость убедить больного обдумать и самокритично оценить, какую роль в происхождении переживаемого им конфликта (или ситуации) играют, с одной стороны, объективно трудные, не зависящие от его желаний и воли жизненные обстоятельства, а с другой — его собственные неправильности в отношениях и поведении, зависящие исключительно от особенностей его личности.

Достичь этой цели очень трудно. Большинство пациентов (особенно больных истерией) видит причину своих страданий только в неблагоприятных внешних условиях жизни, в несправедливом отношении к ним отдельных лиц из их микросоциального окружения, но категорически отрицают свой личный «вклад» в развитие патогенной конфликтной ситуации. Те же, которые настроены более самокритично, проявляют эту критику «в общих чертах», но уходят от признания конкретных недостатков или же соглашаются со второстепенными, но отнюдь не главными. Даже пациенты с занижен-

ной самооценкой (например, страдающие психастенией), бичуя себя за нерешительность, мнительность, практическую беспомощность и т. д., в то же время отказываются от эгоистической направленности ряда своих целей и желаний. Когда же терапевт пытается доказать им это «наскоком», без достаточной предварительной подготовки, то он сразу же наталкивается на обвинение в их непонимании, обиду, и, в итоге, на негативное отношение к продолжению психотерапии.

А. Анализ требований и желаний пациента и его окружения.

Пациента, следовательно, надо постепенно подводить к осознанию своего вклада в возникновение конфликтной ситуации, изучая вместе с ним компоненты его конфликта. Терапевт пытается объективно и беспристрастно анализировать позиции и интересы всех участвующих в развитии конфликта лиц.

Прежде всего пациенту предлагается в произвольной последовательности сформулировать все свои недовольства теми или иными сторонами жизни и все свои претензии к лицам, с которыми он находится в конфликтных отношениях. Далее следует систематизировать его претензии и недовольства по степени их субъективной значимости: какие из предъявленных претензий пациент считает самыми главными, то есть такими, неудовлетворенность которых в наибольшей мере мешает ему жить и трудиться в соответствии со своими желаниями; какие он полагает менее важными, но все же их невыполнение заметно досаждает ему; и какие он относит к третьестепенным — отсутствие их реализации неприятно, но он все же может мириться с ними.

После этого пациента просят перечислить по степени субъективной важности все то, чем он удовлетворен и доволен в своей судьбе и, в частности, попытаться определить, обладают ли какими-либо положительными качествами и достоинствами те лица, с которыми он находится в конфликтных отношениях.

Завершив уточнение отрицательных и положительных отношений пациента к основным сторонам жизни и к тем лицам, которые оказались втянутыми в конфликтные отношения с ним (и одновременно отведя от себя возможные обвинения в односторонности и необъективности), терапевт предлагает ему еще более сложную задачу — самокритично сформулировать и представить в виде аналогичного перечня отрицательные и положительные качества своей собственной личности и оценить их роль в развитии патогенного конфликта.

В заключение требуется сравнить все высказанные пациентом претензии и положительные оценки в адрес своего социального окружения с претензиями и положительными оценками этого окружения в его адрес и, кроме того, с результатами объективного наблюдения за особенностями его поведения в клинике.

Б. Осознание конфликта.

Собрав все эти материалы и объединив их с ранее сообщенными пациентом данными об истории формирования своей личности и развитии патогенной жизненной ситуации, терапевт переходит к процессу непосредственного доведения до сознания пациента подлинного содержания его конфликта с внешним окружением и (или) с самим собой и мотивов, которые лежат в его основе. При этом, выбирая тактику, надо иметь в виду два ее варианта.

Первый вариант используется в том случае, если пациент активно сотрудничает с терапевтом. Тогда уже по ходу сбора перечисленных выше сведений он, самостоятельно сопоставляя их друг с другом, начинает улавливать те или иные несоответствия между ними и, самокритично обдумывая последние, постепенно приходит к правильному выводу о положительных и отрицательных качествах собственной личности и о соотносительной роли ее тенденций и внешних влияний в развитии патогенного конфликта. Здесь активность терапевта может быть минимальной. Она заключается лишь в просьбах пациенту избегать общих и уклончивых фраз и как можно более конкретно формулировать все свои претензии и оценки, а также в постановке перед ним дополнительных детализирующих и уточняющих вопросов.

Второй вариант тактики применяется тогда, когда пациент активно сопротивляется проведению психотерапии *М* отказывается от самостоятельного сопоставления и самокритического обсуждения собранных данных. В таком случае можно прибегнуть к приему так называемой «конфронтации».

Прежде всего здесь нужно подчеркнуть доброжелательное и внимательное отношение терапевта к пациенту, но, одновременно, его полную беспристрастность. Для этого, в частности, терапевт излагает свое понимание сильных сторон личности пациента и всех его справедливых требований к окружающему. Однако затем терапевт мягко, но решительно ставит пациента перед фактом, что целый ряд сообщенных им сведений о своих личных качествах и особенностях своих отношений к окружающему или окружающего к нему не соответствует действительности, поскольку эти сведения: а) опровергаются прямо противоположными данными, полученными от близких, сослуживцев, из характеристик # т. д.; б) находятся в очевидном противоречии с результатами наблюдения за его поведением в клинике (приводятся конкретные наблюдения); в) исключаются им самим же ранее рассказанными эпизодами из своей жизни, свидетельствующими о возможности совершенно другого поведения.

Столкнув столь решительным образом мнение пациента с несоответствующими этому мнению аргументами, терапевт просит пациента откровенно объяснить, чем же обусловливаются такие расхождения. Если пациент продолжает настаивать на своей правоте, врач приводит новые контраргументы, а затем задает такую серию вопросов, ответы на которые неизбежно обнажают не только ошибочность мнения пациента, но и скрытые мотивы этой ошибочности.

Пример.

Больная Г. Диагноз: истерия с кардиалгическим синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. Признав, что причиной невроза у нее является сложная семейная ситуация, основную вину за ее создание возложила на мужа. При систематизации своих многочисленных претензий в его адрес по степени их субъективной значимости к наиболее раздражающим ее качествам отнесла: ограниченность интересов мужа, его эгоистичность, грубость и бестактность, отсутствие у него «культурного лоска» и «интеллигентности в поведении».

При такой же группировке положительных условий ее жизни на первом месте отметила хорошее материальное положение (высокую заработную пла-

ту мужа и хорошую квартиру), а затем «в общем неплохой характер» мужа (он хороший семьянин, очень ей предан, не пьет и не имеет других интересов на стороне).

При оценке различных сторон собственной личности пациентка в числе отрицательных черт указала на недостаточную силу воли и трусливость, приводящую к нерешительности во взаимоотношениях с мужем, и на завистливость, заставляющую ее все время мучиться сравнениями своей неудачной семьи с удачными. В ряду же своих положительных качеств она упомянула честность и сдержанность, позволяющие ей объективно относиться к мужу и не только не говорить о его недостатках окружающим, но даже стараться «подать» его в лучшем виде.

В результате беседы с мужем выяснилось, что он никак не может быть отнесен к разряду людей с ограниченными интересами. В поведении же его действительно сквозила прямодушная грубоватость, но в сочетании с мягкой доброжелательностью. Он сообщил, что его очень волнует холодность жены: она никогда не приласкается к нему; когда же он пытается это делать, она отстраняет его. Кроме того, он рассказал, что супруга категорически не хочет иметь ребенка, а это его очень обижает.

Наблюдение за поведением пациентки в клинике показало, что она весьма эгоистична, ни с кем не делится, ленива — с неохотой участвует в работах по самообслуживанию, в то же время активно участвует в различных развлечениях, любит бывать в обществе мужчин и симпатизирует наиболее интеллигентным из них.

Во время бесед, направленных на выяснение ее оценок отрицательных и положительных сторон ее жизни и собственной личности, пациентка стремилась избегать точных и конкретных формулировок, обо всем говорила туманно и расплывчато, не замечала ни малейшей заинтересованности в их самокритическом сопоставлении и обсуждении. Она неустанно повторяла лишь одно, что причиной всех ее болезненных переживаний является грубый и бестактный муж. В этой обстановке было принято решение использовать прием конфронтации. Здесь приводится лишь конечная часть беседы.

Терапевт: Вы утверждаете, что к вам очень плохо относится муж и что в этом заключается главная причина вашей неудачной семейной жизни и возникшего заболевания. Однако в то же время вы рассказали, что он хороший семьянин и очень предан вам. Скажите, пожалуйста, как объяснить это противоречие?

Пациентка: Я не помню, чтобы говорила, что он хороший семьянин.

Т: Вы рассказали об этом три дня назад, когда я попросил сформулировать положительные черты его характера. Вот перечень этих черт, записанных мною с ваших слов для памяти.

П: Значит вы меня не так поняли. Он хороший семьянин в том смысле, что хороший хозяин... этого от него не отнять. А предан он мне... ну, как собственник любимой вещи. Это его вещь — и он ее никому не отдаст. Только сам будет пользоваться.

Т: На меня ваш муж впечатления такого собственника не произвел. Он очень симпатичный, доброжелательный и приятный человек.

П: Это только издали, а вблизи он совершенно другой. Вы обманулись, так же как и я в свое время... Он очень эгоистичен.

Т: В чем же проявляется его эгоистичность?

П: Да во всем... Он, например, совершенно не считается со мной. Как с женщиной.

Т: Вы имеете в виду близкие отношения?

П: Хотя бы.

Т: И как же часто он не считается с вами как с женщиной?

П: Да все время.

Т: Что такое все время? Каждый день?

П: Может быть, и каждый день.

Т: И вам приходится отказывать ему в близости?

П: А что же мне остается делать?

Т: Вам не кажется, что в таком случае вы сами совершенно не считаетесь с ним как с мужчиной?

П: Но он же абсолютно не бережет меня! А аборты мне ни к чему!

Т: А почему вы не хотите иметь ребенка?

П: Я думаю, что нам иметь его еще рано.

Т: То есть вы считаете, что пока преждевременно связывать себя ребенком?

П: Конечно.

Т: Иными словами, вы предполагаете возможность развода с мужем?

П: С таким человеком очень трудно жить.

Т: И давно вы его не любите?

П: Я не говорила вам, что не люблю его.

Т: Но это и так видно. Припомните: вы не хотели выходить за него замуж. С первого дня начали отказывать ему в близости. Не хотите иметь от него ребенка. Отрицательно характеризуете его как человека. Предполагаете вероятность развода. В то же время завидуете счастливым семьям, охотно знакомитесь с другими мужчинами. Разве все эти действия можно назвать иначе, чем нелюбовь к мужу?

П: Хорошо, допустим, я его действительно не люблю. Но ведь не я же в этом виновата?! Если бы он иначе вел себя, я, может быть, и любила бы его!

Т: Это очень важный вопрос, но его лучше обсудить позже. Сейчас же вам необходимо прийти к какому-то определенному выводу относительно ваших чувств к мужу.

П: В таком случае считайте, что я разочаровалась в нем.

Т: Тогда я хотел бы спросить вас о следующем. В числе положительных черт своего характера вы упомянули честность. Но если вы честный человек и не любите своего мужа, то почему вы честно не скажете ему об этом?

П: Это было бы для него психотравмой... Он же, пусть по-своему, но любит меня!

Т: Но вы бы так или иначе нанесли ее, когда бы стали с ним разводиться. Для чего же вы откладываете с ним откровенный разговор?

П: Если я сейчас ему об этом скажу, значит, сразу же нужно рвать с ним отношения, а куда я денусь?

Т: Останетесь на месте, пока не разменяете квартиру мужа, или же переедете к матери.

П: Но ведь отец умер, а мама на пенсии!

Т: А причем тут пенсия?

П: Ведь жить-то на что-то надо? Я получаю не так уж много... Маме же после смерти отца мы с мужем всегда помогали.

Т: Если я вас правильно понял, вам не хочется терять того материального комфорта, который вы сейчас имеете?

П: И не хочется... и хочется. Здесь все так перепутано... Я не могу этого объяснить.

Т: Но все же объяснить это надо.

П: Мне кажется, что дело здесь не только в материальном достатке... Я сейчас подумала, что главная трудность, пожалуй, состоит в том, что я до сих пор не могу твердо сказать — люблю или не люблю я своего мужа. Не буду скрывать, он всегда мне очень нравился внешне. И, наверное, характер у него в целом не такой уж плохой. Но я, видимо, так воспитана, что всего этого мне мало... Ко мне нужен еще какой-то особый подход как к женщине. А у него такого подхода нет и не было — и мои чувства к нему с самого начала заморозились. Возможно, именно поэтому я все время колебалась — уйти от него или нет. Ну, а материальный достаток еще больше препятствовал такому уходу. Он для меня привычен, и в этой неразберихе терять я его, конечно, не хотела.

Приведенный пример, иллюстрируя процесс конфронтации, одновременно наглядно показывает, что важнейшим итогом осознания подлинных причин и механизмов невроза должно являться не формальное согласие пациента с психотравматичностью тех или иных внешних влияний или с неправильностью ряда своих отношений к внешней действительности, а вскрытие и уяснение существа лежащих в основе патогенного жизненного конфликта напряженных противоречий между своей личностью и ее окружением. Это же существо заключается в том, что в глубине каждого из таких противоречий лежит столкновение биологически важных — безусловно-рефлекторных или близких к ним по значимости тенденций (материальных, активно- и пассивно-оборонительных, сексуальных), и эти тенденции, вследствие своей противоположной направленности, блокируют друг друга и поэтому не могут рациональным образом разрешиться.

9.4.3. Решение конфликта

Патогенная жизненная ситуация является одним из самых важных факторов в генезе невротических расстройств. По этой причине одной из главных задач психотерапевта является помощь пациенту в решении этой трудной жизненной ситуации.

Продуктивное разрешение патогенной ситуации многие психотерапевты ставят в зависимость от нахождения рационального выхода из нее. Воплощение в жизнь найденного рационального выхода начинается в процессе психотерапии, а завершается позже — за пределами психотерапевтической среды, в процессе социально-трудовой реадаптации.

Приступая к нахождению «рационального выхода», терапевт должен отдавать себе отчет в том, что это такое. Несмотря на частое использование этого термина в литературе и его общую семантическую понятность, четкого определения его смысла в узкопсихотерапевтическом значении не имеется.

Очень редко одни только внешние обстоятельства ответственны за возникновение проблематичной ситуации. Так же редко причины конфликта лежат только в личности пациента. Почти всегда виноваты обе стороны: и непра-

вильное отношение к пациенту социального окружения, и неправильное отношение пациента к его окружению (хотя не ясно, какая из сторон вносит больший вклад в возникновение конфликта). А отсюда следует, что «рациональным» можно считать лишь такой «выход» из патогенной жизненной ситуации, который осуществляется не за счет односторонних уступок только социальной среды или только одного пациента, а за счет уступок взаимных, эквивалентных справедливым требованиям друг к другу, и который в равной мере удовлетворяет все участвующие в конфликте стороны. Иными словами, «рациональный выход» есть «идеальный компромисс».

Начинать эту работу следует с постановки и обсуждения вопроса о том, какие из лежащих в основе данного конфликта взаимных претензий пациента и его социального окружения являются объективно справедливыми (и в принципе должны были бы быть удовлетворены) и какие — объективно несправедливыми (и в принципе должны были бы быть отвергнуты).

При обсуждении этого вопроса терапевт занимает абсолютно нейтральную позицию и руководствуется в качестве критерия не своими личными симпатиями и антипатиями, а только, с одной стороны, общепринятыми нормами и правилами общежития, а с другой — оценкой имеющихся у пациента реальных и потенциальных возможностей жить в соответствии с этими правилами.

После этого решается вопрос, какие из справедливых требований пациента к своему окружению могут быть реально удовлетворены, а какие не могут или имеют крайне неясные и проблематичные перспективы.

Только теперь терапевт может приступить к непосредственной работе с пациентом — к совместному с ним поиску рационального выхода. При этом терапевт ни в коем случае не должен директивно навязывать пациенту своего мнения. Пациент должен критически взвесить все «за» и «против» в отношении каждого возможного варианта разрешения патогенной ситуации и выбрать наиболее оптимальный из них.

Такой выбор представляет для пациента крайне трудное дело. Поэтому даже в лучшем случае (при относительной несложности конфликтной ситуации) он, за редкими исключениями, приходит к нему не сразу, а поэтапно. Вначале, ориентируясь на свои прошлые бесплодные метания в поисках выхода, пациент вообще отрицает его возможность. Затем он пытается настоять на полярных, взаимоисключающих друг друга решениях типа «или-или», влекущих за собой удовлетворение одних требований при резком возрастании неудовлетворенности других. Потом он начинает находить возможности частичного решения своих проблем, у него обнаруживается мозаичность согласий и несогласий с их отдельными аспектами. И лишь впоследствии наметившийся частичный компромисс начинает постепенно расширяться и приближаться к полному. Только в итоге напряженных и порой мучительных размышлений находится такой вектор поведения, который соответствует всем справедливым требованиям пациента к своему окружению и окружения к нему.

Примеры.

1. Больной Ч. Диагноз: истерия с тахикардиальным синдромом и кардиофобией в форме сверхценных идей. Вначале никакого рационального выхода

из приведших к неврозу производственной и жилищной конфликтных ситуаций не видел: «Работать я из-за болезни не могу, а жилплощадь служебная — что делать, не знаю». Затем он начал обдумывать такие полярные варианты: «Или пусть меня признают инвалидом из-за аварии в котельной (и, как получившего инвалидность на работе, не выпишут со служебной площади), или я уеду в деревню». Потом, согласившись, что инвалидом он не является и работать может, стал требовать, чтобы домоуправление создало ему удовлетворительные условия для труда и, в частности, улучшило технику безопасности в котельной. И лишь впоследствии пациент пришел к выводу, что хотя домоуправление действительно обязано улучшить условия работы операторов, но он, если хочет сохранить жилплощадь, должен со своей стороны прекратить халатно относиться к служебным обязанностям и проявить себя на работе как можно лучше.

2. Больная Г. (см. выше). Диагноз: истерия с кардиалгичсским синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. Поначалу также никакого рационального выхода из приведшей к неврозу семейной конфликтной ситуации не находила: «Навеки попала в кабалу к грубому собственнику». Затем высказала такие исключающие друг друга возможности ее разрешения: или муж круто изменит к ней свое отношение (станет не грубым, а деликатным, будет тактично вести себя с ней как с женщиной, перестанет требовать рождения ребенка) или она разведется с ним. Потом, решив, что реальных шансов вступить в повторный брак и к тому же с «идеальным» человеком у нее не имеется, что материально она одна хорошо обеспечить себя и мать не сумеет и что у мужа все же есть ряд достоинств, пациентка стала склоняться к мысли, что сможет попытаться привыкнуть к нему, если он не будет настаивать на немедленном рождении ребенка. И только после этого пациентка постепенно подошла к выводу, что хотя мужу и действительно следует более тонко относиться к ней, однако воспитание в нем такой тонкости серьезно блокируется его неверием в ее любовь; наиболее же полным проявлением ее любви к нему было бы рождение желанного для него ребенка.

9.4.4. Реконструкция системы отношений

Осознание пациентом своих неправильных отношений и вытекающих из них неадекватных требований к окружающим является недостаточным для достижения стойкого терапевтического изменения. Более того, изменение отношения пациента к конкретной конфликтной ситуации или к человеку, непосредственно вовлеченному в конфликт, также может оказаться недостаточным, если не подвергнута реконструкции система отношений пациента в целом, если им не пересмотрены его жизненные позиции, установки, убеждения.

Реконструкция системы отношений не может быть подменена морализацией и дачей общих рекомендаций типа «Вам необходимо изменить характер», «Учитесь сдерживать себя», «Будьте активнее и смелее». Подобные рекомендации бесполезны, так как пациент не знает, как это сделать.

Возможности индивидуальной психотерапии в деле реконструкции системы отношений, в деле перевоспитания пациента, изменение его характера ограничены, хотя жизненный опыт врача и может сыграть здесь определенную роль.

Принцип лечения методом психотерапии, по В. Н. Мясищеву, заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. В связи с этим большое значение приобретает групповая психотерапия, предоставляющая большие возможности для осознания пациентами дезадаптивных стереотипов поведения, выработки новых, адаптивных форм поведения и проверки их эффективности в условиях реального взаимодействия с участниками группы.

Однако, сколь бы ни была эффективна групповая психотерапия, процесс реконструкции личности не ограничивается ею. Достигнутые терапевтические изменения, новые образцы поведения должны быть генерализованы за пределы психотерапевтической среды и закреплены в условиях реальной жизни пациентов: в быту, в семье, в производственном коллективе. Такая реабилитационная программа может быть осуществлена только совместными усилиями врачей, психологов и социальных работников.

Глава 10

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ГРУППОВАЯ ФОРМА

10.1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

В. Н. Мясищев указывал, что понятие «отношение» приоткрывает дверь в мир синтетических категорий, среди которых одним из наиболее важных он считал общение — процесс взаимодействия между людьми, являющийся необходимой предпосылкой формирования и развития личности. Поскольку процесс этот всегда протекает в условиях той или иной группы, мы не можем не учитывать всей важности роли группы в формировании индивидуальной системы отношений.

Согласно взглядам выдающегося русского психолога Л. С. Выгодского, высшие психические функции складываются первоначально между людьми как интерпсихическая категория, а только затем в личности как интрапсихическая. С первых же дней своей жизни, являясь участником самых различных социальных групп (начиная от нуклеарной семьи и последовательно включаясь во все более широкие и дифференцированные группы — такие, как дошкольные, школьные, профессиональные, дружеские и т. д.), человек усваивает нормы этих групп, учится занимать в них определенные позиции, выполнять определенные роли, соотносить собственные тенденции с требованиями группы и т. д. Интериоризация этих норм, ролей, позиций и ведет к развитию и формированию личности как индивидуальной системы общественно значимых отношений. Если же развитие это протекает в неблагоприятных условиях, то диапазон социального поведения человека, а, следовательно, и его система отношений окажутся суженными, неадекватными и в субъективно трудной ситуации не смогут обеспечить ему полноценного функционирования и развития.

Корни невроза, как и особенности личности, закладываются в раннем детстве. Семья, таким образом, является первичной моделью социальной группы, в которой ребенок начинает формироваться как личность, приобретает первые навыки межличностного общения, первый опыт эмоционального восприятия и переживания. Если же этот опыт окажется неблагоприятным (а это бывает следствием нарушения отношений в семье), у ребенка начинают вырабатываться неадекватные отношения и формы эмоционального реагирования. В зависимости от степени и силы выраженности эти первичные нарушения могут значительно затруднять возможности последующей коррекции через участие в новых для индивида социальных группах, а зачастую по принципу «порочного круга» могут даже усиливаться, приводя в конце концов к выраженному невротическому конфликту, который всегда проявляется не только в индивидуальных, личных проблемах больного неврозом, но и в его нарушенных межличностных отношениях — отношениях с другими людьми.

С этой точки зрения особое значение приобретает возможность направленного использования группы для воздействия на отдельных ее участников, причем особо ценной для психотерапевтической практики является возможность достичь изменения не только внешних, поведенческих реакций, но и особенностей эмоционального восприятия и реагирования, ценностных ориентации и

в конечном счете — системы отношений больного. Психотерапевтический потенциал групповых методов не ограничивается возможностью использования воздействия группы на отдельного ее участника. Если бы психотерапевтическое воздействие группы ограничивалось лишь этим феноменом, то групповые методы не имели бы никаких дополнительных механизмов коррекции по сравнению с индивидуальной психотерапией: в одном случае инструментом воздействия выступает психотерапевт, в другом — группа, и это было бы единственное различие. Групповая психотерапия представляет иной аспект воздействия на внутриличностные структуры.

В психотерапевтической группе каждый пациент моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него стереотипы поведения, реализует характерные отношения и установки. Здесь он получает возможность «посмотреть на себя со стороны», понять непродуктивный характер своего поведения и общения и в психотерапевтической обстановке прийти к изменению нарушенных отношений, приобретая навыки полноценного общения, отказываясь от невротических защитных механизмов, осваивая иные, более адекватные формы эмоционального реагирования и поведения.

Таким образом, групповой психотерапевтический процесс охватывает не только индивидуальную проблематику пациента в ее непосредственном выражении, но и преломление индивидуальных проблем в реальных отношениях, складывающихся в группе — с другими членами группы, с группой как целым, с психотерапевтом (Б. Д. Карвасарский, В. А. Мурзенко). Специфичность групповой психотерапии заключается в осознанном и целенаправленном использовании всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы (включая психотерапевта), то есть происходит целенаправленное использование групповой динамики в лечебных целях.

Другим теоретическим основанием для разработок проблем групповой патогенетической психотерапии наряду с концепцией «интериоризации» Л. С. Выгодского служит стратометрическая концепция групповой активности А. В. Петровского («теория деятельностного опосредования межличностных отношений в группе»).

Эта концепция преодолевает односторонность зарубежных теорий групповой динамики, в рамках которых группа рассматривается лишь как совокупность интеракционистских и коммуникативных актов без учета содержательной стороны деятельности группы. В этих теориях параметры групповой активности относятся лишь к самому низкому уровню развития группы — к диффузной группе.

В диффузной группе определяющими являются непосредственные отношения и непосредственное взаимодействие (интеракции) между индивидами: эмоциональные контакты, податливость или сопротивление групповому взаимодействию и т. п. Эти взаимодействия и отношения не опосредованы содержательной стороной совместной коллективной деятельности. Здесь оказывается правомерным подразделение индивидов на конформистов и нонконформистов, на «звезд» и «отверженных».

Развитая группа, или коллектив, в отличие от диффузной группы, характеризуется иными параметрами — здесь взаимодействие и взаимоотношения опосредованы целями, задачами и ценностями совместной деятельности, ее реальным содержанием.

Согласно А. В. Петровскому, структуру малой группы можно представить как состоящую из трех слоев («страт»).

1. Внешний уровень — уровень эмоциональных межличностных отношений. Отношения на этом уровне строятся на основе привязанностей или антипатий, имеют непосредственно эмоциональную основу.

2. Ценностно-ориентационное единство. Этот страт характеризуется тем, что отношения здесь опосредованы совместной деятельностью.- Другой член группы «принимается» каждым на том основании, что мир его ценностных ориентации схож с его собственным миром ценностей.

3. На третьем уровне отмечается еще большее включение индивида в совместную групповую деятельность. Члены группы разделяют цели групповой деятельности. Это — «ядерный» слой внутригрупповых отношений.

Три «страта» групповых структур по А. В. Петровскому могут одновременно быть рассмотрены и как три уровня развития группы, в частности, три уровня групповой сплоченности. На первом уровне сплоченность выражается развитием эмоциональных контактов. На втором уровне — что соответствует ценностно-ориентационному единству — происходит дальнейшее сплочение группы, и теперь это выражается в совпадении основной системы ценностей, связанных с процессом совместной деятельности. На третьем уровне — что соответствует «ядерному» слою внутригрупповых отношений — интеграция группы, а значит, и ее сплоченность, проявляется в том, что все члены группы начинают разделять общие цели групповой деятельности.

Использование стратометрической концепции позволяет глубже понять специфику групповой динамики. Открываются новые перспективы повышения эффективности групповой психотерапии путем целенаправленного воздействия на процессы формирования и развития психотерапевтической группы.

Целью группового психотерапевта является *превращение диффузной группы в психотерапевтический коллектив*. Коллектив — это общность людей, в которой межличностные отношения опосредуются общественно ценным и личностно значимым содержанием совместной деятельности. Поэтому задача психотерапевта заключается не только в том, чтобы создать «психотерапевтическую атмосферу», способствующую разрешению проблематики отдельных участников (на чем обычно делается акцент), а также и в том, чтобы в процессе группового общения сформировать некоторые опосредующие его общегрупповые ценности, которые, интериоризуясь, могли бы стать «новыми» свойствами личности, обеспечивающими процесс последующей реабилитации.

Предметом совместной деятельности всех членов психотерапевтического коллектива является система отношений каждого из его членов. Коррекция неадекватных отношений, формирование социально-приемлемой системы отношений у каждого члена группы и является социально и личностно-значимым в предмете совместной деятельности всех.

Пациент, приходя в группу, изначально мотивирован лишь своими личными проблемами и не обнаруживает заинтересованности в излечении каждого члена группы. В результате направленной работы психотерапевта члены психотерапевтической группы начинают осознавать необходимость кооперации усилий, необходимость активного участия во внутригрупповом взаимодействии. Пациент на первых же этапах групповой психотерапии несколько меняет свою

позицию и начинает рассматривать группу в целом и каждого ее члена в качестве «инструмента» психотерапевтического воздействия. Иными словами, он осознает пользу группы для самого себя. Члены группы начинают понимать, что метод групповой психотерапии предполагает такое взаимодействие, при котором каждый будет проявлять заботу о других, вникать в переживания, проблемы других. В сознании каждого утверждается понимание того факта, что сосредоточение на себе, безразличие к переживаниям, проблемам другого блокирует лечебные возможности метода групповой психотерапии. Таким образом, достигается осознание необходимости *совместной деятельности,* понимание невозможности достижения поставленной цели без включения в совместную групповую деятельность, без подчинения ее законам.

В группе, не достигшей стадии коллектива, мотивом деятельности каждого из ее членов является его собственное выздоровление. Но поскольку выздоровление достигается в процессе группового взаимодействия, то участие в этом взаимодействии выступает целью, отвечающей мотиву деятельности каждого. Именно такого рода ценностные представления членов группы и опосредуют межличностные отношения в ней. Отсюда и определенный интерес к делам другого, к его переживаниям и т. п.

В группе, достигшей стадии коллектива, нормой является положение, при котором здоровье другого, восстановление им полноценных контактов с его социальным окружением, сознательное и достойное участие в жизни общества, вся его дальнейшая судьба выступают *самостоятельной* ценностью. Именно на это направлена совместная деятельность психотерапевтического коллектива.

Таким образом, не следует забывать, что мотив, с которым приходит в психотерапевтическую группу пациент, и мотив, которым руководствуется в работе с группой психотерапевт, не совпадают. В этом нет ничего удивительного. Психотерапевт заинтересован в выздоровлении каждого члена группы, всей группы в целом. Пациент изначально мотивирован лишь своими личными проблемами и не обнаруживает подобной заинтересованности в излечении каждого члена психотерапевтической группы, в котором он пока видит случайного (может быть симпатичного, возможно и антипатичного) попутчика.

На первых же этапах групповой психотерапии пациент несколько меняет свою позицию и начинает рассматривать группу в целом и каждого ее чдена в качестве своего рода «инструмента» психотерапевтического воздействия. Иными словами, он осознает пользу психотерапевтической группы для себя самого. Переход от диффузной психотерапевтической группы к сообществу, где отношения опосредованы задачей деятельности, таким образом, уже оказывается намечен. Но это еще не переход к психотерапевтическому коллективу.

Коллективом психотерапевтическая группа становится, когда мотивы психотерапевта и каждого члена группы начинают совмещаться, совпадать, когда в группе обнаруживается система отношений, которая реализует принцип «здоровье каждого — богатство всех». Деятельность группы здесь направлена как на свой предмет на решение проблем каждого ее члена, и тем самым межличностные отношения и личные проблемы каждого оказываются трансформированными в направлении, желательном для психотерапевта и успеха лечения.

10.2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Целью групповой патогенетической терапии является коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных реакций и форм поведения посредством направленного воздействия психотерапевтической группы на основные компоненты отношений личности: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

Конкретные задачи в каждой из этих сфер формулируются следующим образом (Г. Л. Исурина).

1. **Когнитивная сфера.**

В когнитивной (познавательной) сфере пациент должен осознать три главных момента:

Инсайт № 1 — осознать связь между различными психогенными факторами и невротическими расстройствами (эмоциональными нарушениями).

Инсайт № 2 — «интерперсональное осознание». Пациенту необходимо уяснить меру своего участия в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций (то есть каким образом он сам своим поведением и своими отношениями способствует этому), а также понять, каким путем можно было бы предотвратить повторение конфликтных ситуаций через другое поведение и другие отношения.

Инсайт № 3 — «генетическое осознание». Пациенту нужно осознать более глубокие причины собственных переживаний и способов поведения начиная с детства, а также особенностей и условий формирования своей системы отношений.

2. **Эмоциональная сфера.**

В эмоциональной сфере пациент может:

1) в атмосфере откровенности и доверия свободно раскрыть свои проблемы с соответствующими чувствами (часто скрытыми не только от окружающих, но и от себя самого);,

2) получить эмоциональную поддержку, необходимую для ослабления действия невротических защитных механизмов, стабилизации самооценки, повышения самоуважения, изменения эмоционального отношения к самому себе;

3) получить возможность осуществить эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний и реагирования, восприятия своих отношений с окружающими.

3. **Поведенческая сфера.**

Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

1) приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения с окружающими;

2) преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в частности, связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций;

3) развивать формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;

4) закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

5) вырабатывать и закреплять адекватные формы поведения и реагирования на основании достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

10.3. МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Чрезвычайно важным является вопрос, какие феномены, возникающие в группе, способствуют решению психотерапевтических задач и могут рассматриваться как факторы и механизмы лечебного действия.

В качестве основных механизмов лечебного действия патогенетической психотерапии могут рассматриваться: корригирующий эмоциональный опыт, конфронтация и научение.

Коррективный эмоциональный опыт. Это понятие включает несколько аспектов и прежде всего — эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или психотерапевтом и группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовности понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не соответствует собственным представлениям. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов. Более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым новой информации и новому опыту. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и таким образом производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности.

Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия.

Коррективный эмоциональный опыт связан также с переживанием пациентом своего прошлого и актуальной ситуации. Воспроизведение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, пережить и переработать, а также выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. При этом вовсе не обязательно, чтобы эти ситуации были абсолютно идентичны по содержанию, в данном случае речь идет о совпадении эмоций, их сопровождающих.

Конфронтация. По мнению большинства авторов, она является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные

изменения. Конфронтация понимается как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами и осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса.

В ходе индивидуальной психотерапии основным инструментом обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее свое содержание, сколько «отражает» различные аспекты психологической реальности пациента, фокусируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, поскольку осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым.

Благодаря наличию обратной связи каждый из участников группы получает информацию о том, какие эмоциональные реакции у окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, в каких случаях его интерпретация эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадекватной и влечет за собой столь же неадекватную реакцию, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует достижению этих целей, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы характерны для него, какую связь видят другие между его прошлым и актуальным опытом и поведением.

Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить значение собственной роли в типичных для него межличностных конфликтах и через это глубже понять свои невротические проблемы и особенности своих отношений, соотнося прошлое и настоящее. Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Информация часто противоречит или не согласуется с существующим образом «Я», и задача психотерапии заключается в расширении его путем интеграции полученной информации.

Научение. Научение в рамках патогенетической психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия представляет для реализации этого механизма более благоприятные условия. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и таким образом создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, поведения, позволяет вычленить в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания.

Групповая ситуация является ситуацией многопланового, реального, эмоционального межличностного взаимодействия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных поведенческих стереотипов и выработку навыков полноценного общения. Эти изменения позитивно подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспринимаются окружающими.

10.4. МЕТОДИКА ГРУППОВОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Как правило, сеанс групповой психотерапии начинается с *разминки*. Для этой цели используется ряд *психогимнастических упражнений*. Психогимнастика — это форма психотерапии, при которой главным средством коммуникации является двигательная экспрессия. Она требует от участников группы выражения эмоций с помощью мимики, пантомимы. Напряжение, скованность, тревога, свойственные больным неврозами, в непривычной ситуации усиливаются; страх перед неформальными контактами, к тому же в такой непривычной форме, возрастает, поэтому начинать групповые занятия нужно с разминочных упражнений, целью которых является уменьшение напряжения, сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы, тренировка способности выражать и понимать чувства, мысли, различные эмоциональные состояния без помощи слов. Начинается разминка с упражнений, направленных на развитие внимания. К такого рода упражнениям относятся:

1. Гимнастика «с запаздыванием». Вся группа повторяет за одним из участников обычное гимнастическое упражнение, отставая от ведущего на одно движение. Темп упражнений постепенно нарастает.
2. «Передача ритма по кругу». Вслед за одним из участников все члены группы поочередно по кругу повторяют, хлопая в ладоши, заданный ритм.
3. «Передача движения по кругу». Один из участников группы начинает действие с воображаемым предметом таким образом, чтобы это действие можно было продолжить. Сосед продолжает это действие, таким образом воображаемый предмет обходит весь круг.
4. «Зеркало». Участники группы разбиваются на пары и по очереди зеркально повторяют движения своего партнера.

Другая группа упражнений направлена на снятие напряжения и состоит из простейших движений. Например, я иду по воде, по горячему песку, спешу на работу, возвращаюсь с работы домой, иду к врачу и т. д.

Следующая группа упражнений направлена прежде всего на сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы. Здесь используются упражнения, предусматривающие непосредственный контакт, уменьшение пространственной дистанции: разойтись с партнером на узком мостике; сесть на стул, занятый другим человеком; успокоить обиженного человека; выразить прикосновением свое отношение к другому человеку; «передача чувства по кругу». В этом последнем случае вся группа садится в круг и закрывает глаза. Один из участников группы передает какое-либо чувство своему соседу с помощью прикосновения, а тот, в свою очередь, должен передать это чувство дальше, сохранив его содержание, но выразив его с помощью своих средств. Таким образом, одно и то же чувство, выраженное с помощью различных движений и прикосновений, обходит весь круг.

В конце разминки выполняются упражнения, связанные с тренировкой понимания невербального поведения других и тренировкой способности выражения своих чувств и мыслей с помощью невербального поведения.

1. Договориться о чем-либо с другим человеком с помощью жестов («разговор через стекло»).

2. Изобразить то или иное состояние, чувство (радость, раздражение, гнев, обиду, сочувствие и т. д.); психологические особенности другого человека; каков я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим.

3. Понять, какое чувство хотел выразить другой человек.

4. Обратить на себя внимание группы.

Выбор упражнений для разминки, а также длительность этой части группового занятия определяется общей внутригрупповой ситуацией и фазой развития группы. Например, в некоторых случаях первые занятия могут быть полностью посвящены разминочным упражнениям.

Содержание *основной части* группового занятия зависит от его ориентации (см. гл. 2).

Главной формой групповой патогенетической психотерапии является *групповая дискуссия.* Материалом для дискуссии могут быть: 1) биографии отдельных пациентов, их поведение в отделении (в случае стационарного лечения), их проблемы и жизненные ситуации в настоящее время, поведение и переживания во время групповых занятий; 2) определенные темы, являющиеся актуальными для участников группы; 3) взаимодействие (интеракции) между участниками группы, конфликты, возникающие в группе, ситуации и механизмы, связанные с функционированием группы как целого. В рамках этих трех ориентации групповых сеансов (биографической, тематической и интеракционной) используются *вспомогательные формы* групповой психотерапии, предназначенные для получения дополнительного материала для дискуссии: разыгрывание ролевых ситуаций, психогимнастика, социограмма, проективный рисунок и др.

В рамках биографической ориентации вспомогательными формами групповой психотерапии являются следующие.

1. *Разыгрывание ролевых ситуаций.*

Функция этой формы психотерапии заключается в предоставлении группе материала, необходимого для понимания проблематики отдельных участников группы. Эта форма оказывается особенно полезной тогда, когда у пациента наблюдается тенденция к уходу от реальной ситуации за счет абстрактных рассуждений, тенденция к излишне интеллектуализированному решению проблемы. Разыгрывание ролевых ситуаций помогает также в тех случаях, когда пациенту трудно вербализовать те или иные эмоции, проблемы. Этот прием позволяет группе полнее увидеть отдельного пациента в конкретной ситуации, особенно тогда, когда факты, которые он излагает, его попытки интерпретировать события своей жизни являются противоречивыми и неубедительными. Разыгрывание ролевых ситуаций включается психотерапевтом в ходе дискуссии. Пациент получает тему и выбирает себе партнера из участников группы. Темы могут быть самыми разнообразными.

Тема 1 - «Трудный разговор». Пациенту нужно разыграть перед группой разговор, который является для него затруднительным либо по теме, либо потому, что сложные взаимоотношения с тем или иным человеком делают почти любой разговор с ним неприятным.

Тема 2 — «Просьба». Пациенту нужно попросить что-то для него очень важное у человека, который не сразу склонен удовлетворить его просьбу.

Тема3 — «Требование». Нужно потребовать что-либо у человека, который не склонен выполнять это требование.

Тема 4 — «Примирение». Нужно примириться с человеком, перед которым испытываешь вину.

Тема 5 — «Обида». Нужно высказать свою обиду другому человеку, который, возможно, считает, что она вполне заслужена.

Тема 6 — «Неудовольствие». Нужно выразить свое недовольство поведением близкого человека, который считает, что поступает правильно.

После проигрывания ситуации группа обсуждает увиденное: какие рациональные и эмоциональные задачи ставил перед собой пациент, каким и насколько адекватным способом он их решал, какие эмоции возникали у партнеров по отношению друг к другу во время проигрывания ситуации, насколько достигнутое соответствовало первоначальным целям. Обсуждается также вопрос о том, насколько характерно подобное поведение для пациента вообще (в группе, в реальной жизни). В зависимости от конкретной ситуации могут обсуждаться самые разнообразные моменты, имеющие значение для понимания проблематики данного конкретного пациента (выбор партнера на «положительную» и «отрицательную» роль, особенности поведения и пр.).

В некоторых случаях — обычно это касается пациентов с чувством неуверенности — методика проигрывания ролевых ситуаций может выполнять функцию поведенческого тренинга: пациенту предлагается проиграть ситуацию, в которой он испытывает скованность, неуверенность, несколько раз до тех пор, пока он не сделает это достаточно свободно, не испытывая при этом отрицательных эмоций.

2. *Психогимнастические упражнения.*

Темы, задаваемые психотерапевтом, ориентированы на проблемы отдельного пациента: а) тема «Моя семья»: пациент выбирает несколько участников группы и расставляет их в пространстве, причем физическая дистанция должна примерно соответствовать степени эмоциональной близости с членами семьи (или с ближайшим окружением); б) тема, связанная с выражением чувств к членам своей семьи, к лицам из ближайшего окружения.

Выполнение каждого пантомимического задания обсуждается всей группой.

3. *Проективный рисунок.*

Функцией проективного рисунка также является предоставление дополнительного материала для дискуссии. Как и методика проигрывания ролевых ситуаций и психогимнастика, проективный рисунок способствует выявлению и пониманию трудновербализируемых проблем и переживаний.

Темы рисунка касаются индивидуальных проблем пациента: какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим; моя семья; мои родите-

ли; я среди людей; мое представление о больном неврозом и о здоровом человеке; самая большая трудность; самое приятное и самое неприятное воспоминание, переживание (детства или какого-либо определенного периода жизни, или жизни вообще); моя главная проблема; три желания; «остров счастья» и т. д.

На рисование отводится 30 минут. Затем все рисунки вывешиваются на доске, и группа начинает обсуждение. Сначала вся группа говорит о том, что хотел выразить автор и как они поняли его рисунок, а затем говорит автор данного рисунка. Обсуждаются также возникающие расхождения в интерпретации рисунка группой и самим автором. При интерпретации обращается внимание на содержание рисунка, способы выражения, цвет, форму, композицию. Для рисования с последующим обсуждением можно использовать такие темы: наша группа, мои ощущения от сегодняшней группы, мое место в группе, какую бы я хотел иметь группу, лидер группы и т. д. Можно использовать и абстрактные темы: напряжение, сплоченность, агрессия.

В сеансах с интеракционной направленностью применяется *социограмма*.

Это — метод предпочтительного выбора членов группы по определённым характеристикам. Каждый член группы выбирает тех участников, с которыми он предпочел бы участвовать в сеансе, делиться своими переживаниями, которые, по его мнению, представляют наибольшую ценность для группы и т. д. Можно получить: социограмму популярности; социограмму способности или инициативы; социограмму авторитета; социограмму антипатии. Социограмма наглядно показывает сложное переплетение взаимных симпатий и антипатий. Она выявляет наличие социометрических лидеров и «звезд», а также аутсайдеров и устанавливает иерархию промежуточных позиций между этими полюсами.

Полученные социометрические данные обсуждаются затем группой. Терапевтически плодотворным, по опыту S. Kratochvil, может быть использование группового напряжения в дискуссии, предшествующей объявлению результатов социометрии. Обсуждаются вопросы, кто может оказаться в роли лидера, «звезды» или аутсайдера и почему, какие особенности этих людей привлекательны для группы, а какие отталкивают и т. п. Можно использовать также психодраматический монолог на тему: «*Я* аутсайдер — почему? как я это воспринимаю? что мне с этим делать?»

Социограмма меняется в процессе развития группы. Поэтому при социометрии вопросы лучше формулировать так, чтобы запечатлеть именно актуальный аспект в отношениях членов группы, и тогда при повторении социометрии можно наблюдать за колебаниями социометрических позиций и за развитием ситуации в группе. Например: «У кого сегодня в группе была роль лидера?», «Чье поведение меня раздражало?» и т. п.

4. *Психогимнастические и психодраматические упражнения.*

С помощью этих упражнений участники группы проявляют свои чувства и отношения друг к другу. К ним, в частности, относятся:

— пантомимическое выражение чувства человеку, стоящему в центре круга;

— попытки члена группы проникнуть внутрь или, наоборот, выйти за пределы замкнутого круга;

— наглядное изображение психологической дистанции расстановкой участников группы на различных расстояниях друг от друга;

— разделение участников на доминирующих и подчиненных;

— пантомимическое пародирование ролей отдельных членов группы;

— пантомимическая игра «Жизнь на необитаемом острове».

5. *Фантастике-медитативные техники.*

Психотерапевт вызывает у членов группы в состоянии релаксации с закрытыми глазами фантастические представления, которые прямо или символически отражают отношения в группе. Потом следует рассказ участников о своих фантазиях и анализ групповых процессов, которые отразились в фантастических представлениях. Предлагаемыми темами могут быть: подъем в гору всей группы; катание всей группы на лодках по озеру; группа на тонущем корабле; группа не необитаемом острове и т. п. Ряд интеракционных тем, например, «на необитаемом острове», можно применять во всех формах: психодраме, фантастической медитации, пантомиме, рисовании.

10.5. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Численность. Оптимальное количество членов группы зависит от частоты и длительности групповых сеансов. Для амбулаторной группы, которая собирается 1-2 раза в неделю и ориентируется на интеракцию, оптимальным считается состав из 7-10 человек. В сущности, при планировании размеров группы нужно стремиться к тому, чтобы обеспечить всех участников достаточным числом интеракций. Необходимых интеракций будет слишком мало, если группа состоит из 3-4 человек; с другой стороны, с возрастанием числа участников до 12 и выше число возможных интеракций настолько повышается, что они не могут реализовываться в полном объеме. В группе с большим количеством участников растет число тех людей, которые остаются в течение сеанса без внимания, и тех, которые могут сознательно оставаться в тени, если более активные и агрессивные члены группы будут их спонтанно подавлять. Одним словом, в группе должно быть столько человек, чтобы каждый мог найти себе применение.

Частота и продолжительность сеансов. Частота сеансов в амбулаторных группах — 1 или 2 раза в неделю, при стационарном лечении — от 3 до 5 раз в неделю. Обычно продолжительность сеанса колеблется от 80 до 90 минут. Более краткие сеансы могут лишить группу возможности жарких дискуссий, так как именно в последние полчаса обсуждение находится в самом разгаре, наблюдаются сильные эмоциональные реакции и люди наиболее откровенны. Если же сеанс длится более полутора часов, то внимание членов группы начинает падать и снижается желание сосредоточиться на каком-либо действии. Сеансы, составной частью которых являются какие-то физические действия, например, психодрама, психогимнастика, арттерапия, могут продолжаться около двух часов. Исключение из этих правил представляют так называемые «марафонские сеансы», в которых усталость и ослабление внимания считается одним из действенных факторов. Марафонские сеансы продолжаются без перерыва 16-18 часов, иногда и ночью, причем с минимальной возможностью отдыха. Участники могут во время сеанса принимать пищу, передвигаться, ненадолго уходить, удобно устраиваться и при сильной усталости даже спать. Считается, что усталость, сонливость, продолжительный тесный контакт без перерыва приводят к сближению, раскованности и ослаблению самоконтроля. Члены марафонских групп слишком устали, чтобы быть учтивыми, поэтому преодоление условностей и социальных «игр» протекает значительно быстрее. Сторонники марафонских сеансов считают, что развитие группы убыстряется и что ее члены испытывают необыкновенно интенсивные эмоциональные переживания. В конце сеансов участники таких «марафонов» заявляют, что в их жизни произошел «глобальный переворот». Однако до сих пор еще не доказано, насколько продолжительны и постоянны изменения.

Оптимальная продолжительность групповой психотерапии по данным разных авторов составляет от 30 до 70 сеансов.

Подготовка к групповой терапии. Вопрос о том, нужно ли предварительно предоставлять пациентам информацию о групповой терапии, остается открытым. Аналитически ориентированные терапевты считают, что неопределенность в ожиданиях, касающихся ролей пациентов и терапевта, просто необходима в начальных фазах терапии. Они основываются на предпосылке, что существенным лечебным фактором является перенос. Поэтому на ранних этапах терапии нужно стараться создать условия для переноса. Неопределенность ситуации, отсутствие информации, фрустрация сознательных и бессознательных желаний поддерживают регрессивные реакции в отношении терапевта и создают условия для осуществления переноса на других членов группы.

Некоторые терапевты, которые полагаются прежде всего на групповую динамику, также выступают против предварительных объяснений групповых целей. Главной задачей они считают анализ напряжения, возникающего в группе. Подавленность и неуверенность, лежащие в основе напряжения, побуждают группу к решению проблем и достижению автономии (W. Bion).

Многие же другие авторы, в том числе I.Yalom, считают, что пациента надо надлежащим образом информировать обо всем происходящем в группе, чтобы он хорошо приспособился к той роли, которую от него ждут в группе. Такую позицию занимают терапевты, которые не считают напряжение самым существенным элементом групповой терапии, а уделяют особое внимание сотрудничеству пациента в группе и групповой сплоченности.

Одним из важных источников беспомощности пациентов в начале групповой терапии является чувство несовместимости целей. Пациент часто не может понять связь групповых целей, а именно ориентированность на интеракцию и конфронтацию, со своими собственными целями. Во вступительном объяснении терапевт как раз и показывает, как эти цели взаимосвязаны.

Многие терапевты рекомендуют предварительный разговор, главными задачами которого являются: 1) стремление дать пациентам определенную рациональную основу, чтобы они восприняли психотерапию как метод, который может помочь им в решении их внутренних проблем; 2) объяснение роли пациента и роли терапевта в процессе лечения; 3) стремление дать пациенту общее представление о процессе терапии, особенно о проблеме отрицательного переноса. Терапевт должен подчеркнуть, что роль пациента будет достаточно активной, что принятие решений ложится на самого пациента, что в процессе психотерапии у пациента могут возникать сильные чувства по отношению к терапевту, причем в одной стадии — положительные, в другой — отрицательные со значительной степенью недовольства и критичности. Особенно необходимо отметить, что состояние пациента во время терапии будет колебаться и иногда пациент будет чувствовать себя хуже, чем до начала терапии.

Завершая тему подготовки пациента к групповой психотерапии, можно сказать, что решение этого вопроса зависит от того, старается ли терапевт

в начальной стадии психотерапии добиться фрустрации и напряжения, или, напротив, с самого начала стремится стимулировать сотрудничество участников в достижении общих целей. Для каждого из этих подходов существуют рациональные доводы. I. Yalom, S. Kratochvil и другие авторы, например, склоняются к мнению, что усиление первоначального напряжения при помощи различных неясностей и недомолвок не является необходимым условием эффективности лечения, а скорее тормозит плодотворную работу группы.

10.6. ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

10.6.1. Система отношений больных неврозами и ее реконструкция в процессе групповой психотерапии

Попытка целенаправленного изучения системы отношений больных неврозами и ее перестройки в ходе групповой психотерапии была предпринята Г. Л. Исуриной. Эта работа позволяет составить определенное представление о специфике этого процесса и внутриличностных механизмах психологической коррекции. В работе использовались методика семантического дифференциала, направленная на изучение системы отношений больных неврозами и ее динамики, а также методика Q-сортировки для изучения самооценки.

Изучались следующие отношения.

1. Отношение к себе. Общее отношение: «я как человек». Отношение к себе в различных ролевых позициях (профессиональной, семейной, половой): «я как мужчина (женщина)», «я как отец (мать)», «я как муж (жена)», «я как сын (дочь)», «я как работник». Отраженные самооценки, то есть предполагаемые отношения со стороны других лиц: «я глазами окружающих», «я глазами психотерапевта» и т. п.

2. Отношение к лицам ближайшего окружения: «моя мать», «мой отец», «моя жена (муж)» и пр.

3. Отношение к наиболее существенным сферам функционирования: «моя семья», «моя работа», «моя жизнь».

4. Отношение к различным формам лечения и отношение к болезни.

Изучались не только реальные отношения, но и идеальные, которые характеризуют систему ценностей и, косвенно — уровень притязаний. Например, «каким бы я хотел быть как человек», «какой бы я хотел видеть свою семью» и т. д.

В результате проведенных исследований Г. Л. Исуриной были получены следующие результаты. Во-первых, было выяснено, что у больных неврозами низкая самооценка, в том числе и у больных истерией, вопреки распространенному мнению о якобы завышенной самооценке у них. Во-вторых, система отношений больных неврозами характеризуется наличием двух значительно удаленных друг от друга блоков.

Первый блок включает реальные отношения, которые имеют низкие значения по факторам методики семантического дифференциала. Второй блок состоит из идеальных отношений, которые характеризуются высокими, практически предельными значениями по факторам методики семантического дифференциала (активности, оценки и силы). Помимо того, что эти два блока

значительно удалены друг от друга, внутри каждого из них существуют тесные связи между отдельными отношениями, *что тоже* важно.

Основу реального блока составляют отношения к себе, и согласованность этих отношений объясняется тем, что неблагоприятное целостное отношение к себе («я как человек») оказывает негативное влияние на частные и отраженные отношения («я как работник», «я как отец», «я глазами других людей» и т. д.). А эти частные и отраженные отношения в свою очередь еще более дестабилизируют целостное отношение к себе.

Однако в этот же блок входят отношения к жизни, работе, семье. Близость отношений к себе и основным сферам своего функционирования свидетельствует об их взаимообусловленности. Если отношение к себе не является позитивным, то и отношения к собственной деятельности и собственным достижениям не будут позитивными. Это объясняется тем, что в отношениях к жизни, семье, работе представлены не столько реальные характеристики этих объектов, то есть когнитивный компонент отношения, сколько их эмоционально-аффективная оценка как продукта и реальный блок, поэтому, в целом может быть определен как самооценочный, так как его содержанием является отношение к себе: непосредственное и опосредованное отношениями к основным сферам своего функционирования как к результатам собственных достижений.

Таким образом, особенностью отношений самооценочного блока у больных неврозами является существенное преобладание эмоционального компонента, связанного с переживанием эмоционального неблагополучия. Преобладание эмоционального компонента сопровождается снижением роли и искажением содержания когнитивного компонента этих отношений.

Если реальный блок рассматривается как самооценочный, то есть характеризующий «реальное Я», то идеальный блок характеризует «идеальное Я», то есть систему ценностей и косвенным образом уровень притязаний личности. Высокие, почти максимальные значения по методике семантического дифференциала, которые характеризуют идеальные отношения, свидетельствуют, с одной стороны, о высокой значимости для пациентов соответствующих отношений, а с другой стороны — о высоком уровне притязаний.

Рассогласование реального и идеального блоков отношений, их значительная удаленность друг от друга, низкие значения реальных отношений и высокие - идеальных, указывают на дезинтеграцию системы отношений за счет нарушения практически всех наиболее значимых для личности отношений, прежде всего отношений к себе, а также к основным сферам своего функционирования. Г. Л. Исурина подчеркивает, что речь идет не просто о неадекватности какого-либо отдельного отношения, а о дезинтеграции системы отношений.

Низкая самооценка и нарушения системы отношений изначально являются результатом индивидуального развития под воздействием ряда неблагоприятных факторов, в частности, особенностей воспитания.

Таким образом, у невротиков имеется эмоционально неблагоприятное отношение к себе и к результатам собственных достижений, то есть к основным сферам своего функционирования. Преобладание в этих отношениях эмоционально неблагоприятной оценки сопровождается искажением их когнитивного компонента, а это влечет за собой нарушение поведенческого компонента

отношения (то есть регулятивной функции), вследствие чего отношение не может выступать в качестве адекватного регулятора поведения. Что же происходит? Отношение начинает вместо регулятивной функции выполнять защитную функцию, ограничивая деятельность личности сферами, не оказывающими негативного воздействия на самооценку. Формируется ограничительное поведение. А далее ограничительное поведение приводит к снижению реального уровня достижений, который вследствие первичных нарушений отношений, изначально был невысоким или оценивался как таковой. Это ведет к усилению негативной эмоциональной оценки собственных достижений, тем самым оказывая вторичное негативное воздействие на самооценку.

Сочетание низких значений отношений самооценочного блока с высокими значениями отношений, составляющих идеальный блок, указывает на значительное рассогласование реального и идеального «Я», самооценки и системы ценностей, уровня ожиданий и уровня притязаний.

Определенная степень расхождения реального и идеального, безусловно, создает перспективу и является стимулом развития личности, однако, по-видимому, существует граница, за которой это рассогласование уже начинает терять свой позитивный характер, препятствуя нормальному жизненному функционированию.

При очень высоком уровне притязаний, сочетающимся с низкой самооценкой, низким уровнем ожиданий и низкой оценкой реальных объектов, ценность которых в идеальном плане является очень высокой, практически любое достижение не рассматривается как ценное и, следовательно, не приносит удовлетворения, не повышает самооценку, а, напротив, снижает ее, порождая постоянное чувство неудовлетворенности, неуверенности и психологический дискомфорт, что приводит к росту уровня нервно-психического напряжения.

Таким образом, в исследовании Г. Л. Исуриной показано, что нарушение системы отношений у больных неврозами заключается в нарушении ее целостности за счет нарушения практически всех наиболее значимых для личности отношений. В основе этого нарушения лежит искажение когнитивного компонента отношений и значительное преобладание эмоционально-аффективного компонента, связанного с переживанием эмоционального неблагополучия. Следствием этого является недостаточность поведенческого компонента отношения, что влечет за собой нарушение основной функции системы отношений — адекватной регуляции поведения.

Исследование показало, что к периоду окончания лечения происходит повышение самооценки, обусловленное преимущественно изменением реального образа «Я». Изменения в структуре системы отношений характеризуются существенным сближением реального и идеального блоков отношений.

Таким образом, в процессе групповой психотерапии происходят позитивные сдвиги в системе отношений больных неврозами, которые свидетельствуют о коррекции нарушенных отношений личности. Ведущую роль в этом процессе играет изменение самооценки и отношения к себе. Коррекция отношения к себе и самооценки, так же как и других отношений, происходит в процессе групповой психотерапии за счет эмоциональной поддержки и обратной связи. По мнению Г. Л. Исуриной, эмоциональная поддержка в большей степени направлена на коррекцию эмоционального компонента отношения, а обратная связь — когнитивного компонента. Включенное наблюдение за работой тера-

певтической группы показывает, что коррекция отношения к себе начинается с изменения эмоционального компонента отношения, затем захватывает когнитивный, который уже вторично вновь влияет на изменение эмоционального компонента этого отношения.

Эмоциональная поддержка ослабляет действие невротических защитных механизмов, позволяет участникам группы раскрыть свои проблемы и переживания без страха, что это повлечет за собой негативную оценку. Таким образом, эмоциональная поддержка оказывает позитивное влияние на эмоциональный компонент отношения к себе и создает условия для осуществления направленного психотерапевтического воздействия посредством обратной связи и конструктивной переработки ее содержания, в результате чего формируется более адекватное, самопонимание, то есть корригируется когнитивный компонент отношения.

Коррекция отношения к себе происходит не только на уровне реальных отношений, но и на уровне идеальных. Перестройка идеальных отношений заключается в том, что они основываются уже не только на абстрактных нормативных представлениях, но и на реальных возможностях, потребностях личности, что приводит к коррекции и изменению уровня притязаний. Идеальные отношения и представления перестают быть лишь абстрактным идеалом, а создают перспективу развития и достижения, приносящую удовлетворение и уверенность в собственных силах. Они не являются застывшими, раз и навсегда определившимися, а становятся более динамичными и способными к дальнейшему развитию.

Таким образом, коррекция нарушенной системы отношений начинается с изменения отношения к себе, прежде всего его эмоционального компонента, затем происходит коррекция когнитивного компонента этого отношения, в результате чего восстанавливается баланс между знанием о себе (когнитивный аспект) и эмоционально-аффективной оценкой. Отношение становится полноценным и способным выполнять функцию адекватной регуляции поведения. Сформированное более адекватное отношение к себе направляет дальнейшее поведение в группе, создавая мотивацию для изменения других отношений. Эти изменения происходят вначале во внутреннем плане и касаются когнитивного компонента отношений к основным сферам своего функционирования и к окружающим. Пациент учится лучше понимать других людей, особенности и мотивы их поведения, зачастую присущую человеческому поведению противоречивость. Пациент учится сопереживанию, взаимопомощи, самоконтролю, следствием чего является разрушение невротического эгоцентризма и облегчается коррекция своих отношений и способов эмоционального реагирования и поведения в отношении других людей.

Межличностное взаимодействие становится более гибким, эмпатическим и более эффективным. Позитивное подкрепление в процессе групповой терапии новых, более адекватных отношений и установок, новых способов поведения и эмоционального реагирования приносит пациенту чувство удовлетворения, ощущение собственных возможностей, понимание конструктивности избранного пути. Все это влияет на самооценку и отношение к себе в позитивном направлении, но уже не только на основании эмоциональной поддержки, но и на основании результатов собственных достижений.

Все это создает соответствующую мотивацию для дальнейшей коррекции отношений, выработки более адекватных форм поведения, их закрепления и перенесения в реальную жизнь.

На основе экспериментально-психологических исследований Г. Л. Исурина приходит к выводу о том, что в процессе групповой психотерапии у больных неврозами отмечается «кризисная» фаза в динамике самооценки и системы отношений. У большинства пациентов кризис наступает в начальном периоде «рабочей» фазы функционирования психотерапевтической группы. В этом периоде у пациентов отмечается снижение показателей самооценки и нарастание дезинтеграции и рассогласованности в системе отношений: реальные и идеальные блоки еще в большей степени удаляются друг от друга, чем это было зафиксировано перед началом групповой психотерапии.

Наличие «кризисной» фазы объясняется тем, что начальный период «рабочей» фазы функционирования психотерапевтической группы представляет собой для пациента чрезвычайно сложную личностную ситуацию, так как здесь начинает формироваться понимание собственной проблематики, которая затрагивает наиболее значимые отношения и переживания пациентов, их невротические конфликты. Пациент сталкивается с представлением о себе, отличным от того, которое существовало у него до сих пор. Ситуация в психотерапевтической группе требует от пациента отказа от привычных стереотипов поведения, от использования защитных механизмов, свойственных невротической личности. В этом периоде начинается воздействие на такую фундаментальную характеристику личности, обеспечивающую ее целостность, какой является самооценка и отношение к себе. Изменяется самопонимание за счет переработки содержания обратной связи и включение в представление о себе информации, противоречащей прежней позиции. Это и приводит к дезинтеграции системы отношений, которая определяет наличие «кризиса» как в динамике самооценки, так и в динамике системы отношений в целом.

В рамках психотерапевтических задач явление «кризиса» носит положительный характер, так как «ломке» подвергаются невротическая структура, невротическая система отношений, неадекватные поведенческие и эмоциональные стереотипы, характерные для невротической личности защитные механизмы.

10.6.2. Ценностные ориентации больных неврозами и их динамика в процессе групповой психотерапии

Иного рода попытка изучения личности больных неврозами, а именно «ценностных отношений», или ценностных ориентации, и их изменения в процессе групповой патогенетической психотерапии была предпринята с использованием методики М. Рокича (А. А. Александров).

В методике Рокича испытуемому предлагается проранжировать два списка ценностей (каждый содержит по 18 единиц): ценности-цели («терминальные ценности») и ценности-средства («инструментальные»). Другими слова-

ми, испытуемый должен показать, на какие цели в жизни он ориентируется и какими средствами добивается их.

К ценностям-целям относятся: 1. Активная деятельная жизнь. 2. Жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом). 3. Здоровье (физическое и психическое). 4. Интересная работа. 5. Красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве). 6. Любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком). 7. Материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений). 8. Наличие хороших и верных друзей. 9. Общая хорошая обстановка в стране, в обществе, сохранение мира между народами (как условие благополучия каждого). 10. Общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе). 11. Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие). 12. Равенство (братство, равные возможности для всех). 13. Самостоятельность как независимость в суждениях и оценках. 14. Свобода как независимость в поступках и действиях. 15. Счастливая семейная жизнь. 16. Творчество (возможность творческой деятельности). 17. Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений). 18. Удовольствия (жизнь полная удовольствий, развлечений, приятного проведения времени).

К ценностям-средствам относятся: 1. Аккуратность (чистоплотность, умение содержать в порядке свои вещи, порядок в делах). 2. Воспитанность (хорошие манеры, вежливость). 3. Высокие запросы (высокие притязания). 4. Жизнерадостность (чувство юмора). 5. Исполнительность (дисциплинированность). 6. Независимость (способность действовать самостоятельно, решительно). 7. Непримиримость к недостаткам в себе и в других. 8. Образованность (широта знаний, высокая общая культура). 9. Ответственность (чувство долга, умение держать слово). 10. Рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения). 11. Самоконтроль (сдержанность, самодисциплина). 12. Смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов. 13. Твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями). 14. Терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения). 15. Широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки). 16. Честность (правдивость, искренность). 17. Эффективность (в делах, трудолюбие, продуктивность в работе). 18. Чуткость (заботливость).

В задачи исследования помимо изучения характера и направленности изменений ценностно-ориентационной деятельности больных неврозами в процессе групповой психотерапии входило также определение взаимосвязей и взаимообусловленности перестройки жизненных программ больных, а также психологических механизмов лечебного действия групповой психотерапии. Для решения поставленных задач при статистической обработке материала использовался ранговый и линейный корреляционный анализ.

В качестве первого этапа исследования осуществлялся подсчет средних (для всей совокупности обследованных больных) значений для каждой ценности и составление среднеранговых интегративных структур терминальных и инструментальных ценностей до и после проведения групповой психотерапии.

Было выявлено, что изначально наибольшими рангами, а следовательно, и наиболее высоким положением в ряду субъективной значимости у больных неврозами обладали такие терминальные ценности, как «здоровье», «счастливая семейная жизнь», «любовь», «уверенность в себе», «наличие хороших и верных друзей»; наименьшие ранги и наименьшую субъективную значимость имели ценности «удовольствия», «равенство», «красота природы и искусства», «самостоятельность», «материально обеспеченная жизнь». Обращает на себя внимание то, что ценности «активная деятельная жизнь», «познание», «общая хорошая обстановка в стране», «жизненная мудрость», «творчество», «свобода», «общественное признание», ориентированные на макросоциум и отражающие потребности индивида в когнитивном росте и духовном самосовершенствовании, занимали срединное положение в структуре ценностных ориентации.

В ряду инструментальных ценностей наибольшей изначальной субъективной значимостью характеризовались «жизнерадостность», «ответственность», «образованность», «твердая воля», а наименьшей — «высокие запросы», «непримиримость к недостаткам в себе и других», «исполнительность», «аккуратность».

Сдвиги, происшедшие ко времени окончания лечения, выражались главным образом в том, что ценности «свобода» и «самостоятельность», имеющие важное значение в контексте группового психотерапевтического воздействия, переместились на более высокие позиции в иерархии ценностных ориентации. В системе инструментальных ценностей интерес представляли следующие изменения: ценности «честность», «чуткость» и «независимость» из середины ряда переместились соответственно на первое, второе и четвертое места, а ценность «самоконтроль», наоборот, значительно передвинулась в конец ряда.

На втором этапе исследования было проведено сопоставление средне-ранговых интегративных структур терминальных и инструментальных ценностей до и после групповой психотерапии. Была обнаружена высокая степень совпадения интегративных структур терминальных ценностей; в иерархии же инструментальных ценностей к моменту окончания курса групповой психотерапии происходили существенные изменения.

При подсчете средних рангов терминальных ценностей и при составлении среднеранговых интегративных структур выяснилось, что ценность «здоровье» до начала групповой психотерапии имела более высокий ранг относительно других ценностных ориентации. После окончания лечения она, наряду со «счастливой семейной жизнью», «любовью», «уверенностью в себе» и «наличием хороших и верных друзей» продолжала доминировать в иерархии ценностей-целей. Вместе с тем ценности «удовольствия», «равенство», «красота природы и искусства» и «материально обеспеченная жизнь» до и после терапии прочно занимали последние места в системе ценностных ориентации. В структуре инструментальных ценностей стабильность в процессе групповой психотерапии присуща в основном «высоким запросам», «непримиримости к недостаткам в себе и в других» и «аккуратности», занимавшим последние места. Остальные ценности-средства ко времени окончания лечения подверглись существенным перемещениям в ряду субъективной их значимости. Это нашло свое подтверждение в результатах рангового корреляционного анализа, согласно которым носителем стабильного начала (а также свидетельством высокой степени интериоризации общественных норм и ценностей) являлась

иерархия терминальных ценностей, а способности пластического приспособления к постоянно меняющейся жизненной ситуации находили свое выражение в структуре инструментальных ценностей.

На следующем этапе исследования были выделены и описаны статистически достоверные положительные и отрицательные взаимосвязи как внутри самих подсистем терминальных и инструментальных ценностей, так и между ними. Предстояло выяснить также характер изменений в корреляционных соотношениях наиболее важных ценностных ориентации, то есть те из них, которые играли ощутимую роль в этиопатогенетических механизмах формирования невротических состояний и в процессах групповой динамики. С этой целью необходимо было провести содержательный анализ корреляционной матрицы.

Высокое положение ценности «здоровье» в ряду других ценностей диктует необходимость рассмотрения в первую очереди именно ее корреляционного статуса. Перед началом групповой психотерапии ценность «здоровье» не коррелировала положительно ни с одной из остальных терминальных ценностей и отрицательно коррелировала с двумя взаимосвязанными ценностями-целями — «свободой» и «самостоятельностью», — а также с «творчеством». Из списка ценностей-средств со «здоровьем» были связаны положительно «аккуратность» и «самоконтроль», а отрицательно — «эффективность в делах».

Среди всех значимых положительных и отрицательных корреляционных зависимостей между терминальными ценностями заслуживали внимание также следующие. Ценности «уверенность в себе», «жизненная мудрость», «наличие хороших и верных друзей» не были взаимосвязаны положительно ни между собой, ни с другими терминальными ценностями; ценности-цели «свобода» и «самостоятельность» положительно коррелировали только с ценностями «материально обеспеченная жизнь» и «удовольствия». Некоторые ценности, ориентированные на ближайшее окружение («счастливая семейная жизнь», «любовь»), положительно коррелировали с ценностями более широкой социальной направленности, такими как «активная деятельная жизнь», «общественное признание» и «интересная работа». Из отрицательных взаимосвязей представляли интерес: «активная деятельная жизнь» — «свобода» и «самостоятельность»; «жизненная мудрость» — «интересная работа», «общественное признание»; «интересная работа» — «уверенность в себе»; «свобода» — «общественное признание»; «счастливая семейная жизнь» — «свобода», «познание», «удовольствия».

Все указанные взаимосвязи свидетельствуют о высокой степени рассогласованности в представлениях больных о наиболее важных жизненных целях. Ценностно-ориентационная деятельность пациентов с неврозами до проведения групповой психотерапии характеризовалась также несоответствием подсистемы инструментальных ценностей иерархии терминальных ценностей. Это выражалось, в частности, в отсутствии положительных взаимосвязей между ценностями-целями и теми ценностями-средствами, которые отражают представления индивида о своих собственных возможностях и наиболее конструктивных путях выхода из невротического состояния. К таким следует прежде всего отнести «терпимость», «чуткость», «честность», «ответственность», «широту взглядов» и «исполнительность».

Вместе с тем инструментальные ценности, которые в определенной степени отражают высокий уровень притязаний («высокие запросы»), оправдательное отношение к своему поведению («рационализм») и склонность к жестко самоуправляемым способам восприятия окружающей действительности («самоконтроль», «непримиримость к недостаткам в себе и в других»), положительно коррелировали с некоторыми важными ценностями-целями («творчество», «активная деятельная жизнь»). Это следует рассматривать как проявление в ценностной позиции больных невротических защитно-компенсаторных механизмов, выполняющих функции регулятивного приспособительного реагирования.

В процессе психотерапевтического воздействия произошли выраженные изменения в корреляционном статусе ценности «здоровье». Эти преобразования выразились, в частности, в том, что «здоровье», продолжая сохранять для больных ведущее значение, стало коррелировать положительно с целым рядом ценностей, ориентированных как на микросоциальную активность, так и на более широкую социо-культуральную среду («счастливая семейная жизнь», «любовь», «интересная работа», «общественное признание», «активная деятельная жизнь»). Вместе с тем, исчезла отрицательная взаимосвязь «здоровья» с терминальными ценностями «свобода» и «самостоятельность». Последние, что также немаловажно, начинают в свою очередь положительно коррелировать уже не только с ценностью «удовольствия», а также с «уверенностью в себе», с одной стороны, и со «смелостью в отстаивании своего мнения, своих взглядов» и «терпимостью» — с другой.

В ценностном сознании пациентов произошел также сдвиг в сторону большей сбалансированности между терминальными и инструментальными ценностями. Так, в качестве условий, обеспечивающих реализацию основных жизненных программ, стали фигурировать «ответственность», «терпимость», «чуткость», «честность» и «эффективность в делах». Вместе с тем заслуживает внимания и тот факт, что ценность «самоконтроль» стала уже отвергаться больными как средство достижения означенных целей.

Все эти позитивные изменения сопровождались уменьшением противоречивости и нарастанием упорядоченности внутри самой системы инструментальных ценностей: наряду с повышением субъективной значимости перечисленных выше ценностей-средств, более четко обозначились их положительные связи друг с другом и отрицательные — с «высокими запросами», «рационализмом», «самоконтролем» и «непримиримостью к недостаткам в себе и в других».

Неслучайный характер положительных сдвигов, отмечавшихся в ценностной позиции больных ко времени завершения групповой психотерапии, подтверждался данными, полученными при использовании «шкалы личностных ценностей» Дж. Скотта.

До начала групповой психотерапии наиболее высокими баллами, а, следовательно, и самым высоким уровнем субъективной значимости характеризовались ценности «социальные знания (умения)», «доброта», «физическое развитие» и «интеллектуальность». Эти же шкалы ценностей продолжают сохранять лидирующее положение среди других и после окончания групповой психотерапии.

Однако при этом в процессе групповой психотерапии отмечалось повышение субъективной значимости ценности «самостоятельность» и снижение субъек-

тивной значимости ценности «самоконтроль». Кроме того, обращают на себя внимание и другие положительные тенденции, а именно: некоторое повышение субъективной значимости ценностей «общественного положения (статуса)», «честности» и «творчества». Эти позитивные сдвиги, вероятно, нужно рассматривать как одно из свидетельств происшедшей в ценностном сознании пациентов переориентации с фиксированности на своих субъективных переживаниях и ограничения круга общения на вовлеченность в более широкую социальную, в том числе производственную, деятельность.

Результаты исследования ценностно-ориентационной деятельности пациентов с неврозами свидетельствуют как о некотором сходстве, так и об определенных различиях основных характеристик этой деятельности с имеющимися в литературе данными. Очевидно, это обусловлено тем, что болезнь накладывает отпечаток на ценностное сознание больных, хотя и не приводит к полной дезорганизации системы ценностных ориентации.

Причем то, что объединяет ценностные структуры здоровых испытуемых и пациентов с различными формами патологии, может объясняться общностью социальных условий и указывает на высокую степень интериоризации общественных норм и ценностей; то, что различает индивидов, составляет специфические черты ценностной позиции и представляют интерес для настоящего исследования.

По данным В. А. Ядова, в структуре ценностных ориентации здоровых ведущее положение занимает ценность «общая хорошая обстановка в стране». Ценности «здоровье», «счастливая семейная жизнь», «интересная работа» занимают соответственно второе, третье и четвертое места; ориентация на материальную обеспеченность, занимая срединное положение, преобладает над ценностями «познания», «творчества» и «общественного признания».

Как было показано в работах В. В. Бочарова, в системе ценностных ориентации пациентов с сосудистыми неврологическими заболеваниями ценность «здоровье» начинает занимать первую позицию, значительно превосходя другие ценности; за ней располагались «общая хорошая обстановка в стране» и «активная деятельная жизнь». Низкие ранги, а следовательно, и низкую субъективную значимость имели ценности «уверенность в себе» и «познание».

В рассматриваемом исследовании ценность «здоровье» сохраняет доминирующее положение в ряду других ценностных ориентации. Различия состояли в следующем: у больных неврозами в число наиболее важных жизненных ценностей входит «уверенность в себе» и «любовь»; значительно повышается субъективная значимость ценности «познание»; ориентация на «общую хорошую обстановку в стране» и «активную деятельную жизнь», напротив, занимает срединное положение в иерархии ценностных ориентации.

Полученные результаты, по-видимому, отражают те адаптационные сдвиги в ценностно-ориентационной деятельности, которые вызваны влиянием болезни и изменившейся жизненной ситуации. Усиление субъективной значимости «здоровья», очевидно, нужно рассматривать как формирование ведущей мотивации — «заботы о своем здоровье». Снижение значимости ценностей «активная деятельная жизнь» и «общая хорошая обстановка в стране», вероятнее всего, обусловлено коррекцией жизненной позиции пациентов, связанной с отторже-

нием интересов, которые могут создать конкурирующие мотивации. Повышение субъективной значимости ценностей «уверенность в себе» и «познание», скорее всего, свидетельствует о неэффективности невротических способов приспособительного реагирования и поведения, об отсутствии у пациентов более или менее четкого понимания причин возникновения и развития невротического состояния, с одной стороны, и о неосознанном стремлении обрести почву под ногами, найти реальный выход из болезненного состояния — с другой.

В литературе по ценностным ориентациям постулируется диалектическое единство стабильного и изменчивого в ценностной позиции человека. При этом стабильность, представляя собой результат отражения общности относительно мало меняющихся социо-культуральных условий (общности образа жизни) индивидуально-своеобразным способом, глубинно связана с такими фундаментальными характеристиками личности, как «самотождественность», «социальная идентичность». Изменчивость же призвана обеспечивать актуальное соответствие жизненной ситуации, пластичное приспособление, позволяющее сохранять «самотождественность» в меняющихся условиях. Настоящее исследование показало, что у больных неврозами в качестве основного носителя стабильного начала выступала подсистема терминальных ценностей, тогда как фактор изменчивости главным образом характеризовал подсистему инструментальных ценностей, о чем свидетельствуют результаты рангового корреляционного анализа.

Как указывает В. А. Ядов, решающим условием достоверной интерпретации ценностных структур является выделение системных «образов», а не изолированное рассмотрение ценностей. С этой целью в настоящем исследовании был проведен содержательный анализ корреляционной матрицы ценностных ориентации.

Анализ корреляционного статуса ценности «здоровье» показал, что до проведения групповой психотерапии у больных преобладали жестко детерминированные, самоуправляемые способы восприятия и ригидные нормы поведения. Это нужно расценивать как проявление в их ценностной позиции психологических защитно-компенсаторных механизмов. Включение защитных механизмов невротического характера, как известно, может привести к некоторому снижению нервно-психического напряжения лишь на непродолжительный срок. В целом же их действие в ситуации хронического внутреннего конфликта, вызванного нарушениями системы отношений, регулирующей поведение человека, не является эффективным, так как не приводит к конструктивному разрешению конфликтов, а напротив, ведет к их хронизации. Следует также отметить, что у исследованных больных до начала лечения отсутствовали представления о своих субъективных возможностях и путях достижения поставленных целей.

Проведенное исследование позволило установить, что в процессе реконструктивной психотерапии произошла существенная перестройка, затрагивающая все стороны ценностно-ориентационной деятельности пациентов. Отмечался кардинальный поворот оси ценностного сознания больных от эгоцентрических установок (сосредоточение только на собственных субъективных переживаниях, возложение ответственности за болезненное состояние на референтную группу) к его социоцентрической направленности; реализация программы «здоровье» начинает уже связываться с переориентацией на цен-

ности более широкого социального окружения. Разрушение невротического эгоцентризма, своего рода максимализма в отношениях с окружающими, происходящее в процессе групповой психотерапии, является результатом того, что, изучая самого себя и других членов группы, пациенты начинают лучше понимать мотивы поведения других людей, противоречивость, зачастую присущую человеческому поведению. Основываясь на таком адекватном и реалистичном понимании, они в последующем осуществляют коррекцию своих способов эмоционального реагирования и поведения в отношении окружающих.

Следствием повышения уверенности в себе, способности самостоятельно принимать решения являются позитивные изменения в корреляционном статусе ценностей «свобода» и «самостоятельность».

Отказ от попыток разрешения имеющихся трудностей за счет усиления самоконтроля, «оправдательного» отношения к своему поведению («рационализация»), выдвижение на передний план в качестве условий, обеспечивающих реализацию основных жизненных целей «чуткости», «честности», «терпимости», «исполнительности», повышение внутренней ответственности за свое состояние здоровья являются, очевидно, отражением ценностной реакции пациентов на несостоятельность невротических приспособительных способов реагирования и поведения, а также процессов стабилизации тех ценностей и установок, которые оказались наиболее эффективными. Ценности «высокие запросы» и «непримиримость к недостаткам в себе и в других» также однозначно отвергались больными как средства решения поставленных перед ними задач.

Результаты, полученные с применением методики Дж. Скотта, подтверждают приведенные выше данные и свидетельствуют о том, что в процессе реконструктивной психотерапии произошла значительная активизация жизненной позиции больных, которые начали осознавать свою роль в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций и стремиться к поиску путей предотвращения их повторения.

Таким образом, данное исследование позволило выявить специфические черты ценностно-ориентационной деятельности больных неврозами, проявляющиеся в невротических адаптивных способах восприятия окружающей действительности, в отсутствии представлений о своих собственных возможностях и конструктивных путях достижения наиболее важных жизненных целей. Вместе с тем ценностные структуры до проведения групповой психотерапии характеризовались высокой степенью рассогласованности и противоречивости.

Было показано, что в процессе групповой психотерапии происходило постепенное осознание членами психотерапевтических групп общности своих устремлений, единства позиций. Пациенты начинали проявлять синтонность переживаний по поводу успехов и неудач в реализации целей совместной деятельности. Происходило формирование единого ценностного представления об основных жизненных целях и средствах их достижения. Следовательно, психотерапевтическая группа на завершающем этапе ее деятельности начинала обладать необходимыми для терапевтического успеха социально-психологическими свойствами (ценностно-ориентационным единством во взглядах на предмет совместной деятельности).

10.7. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОЗАХ

В практической плоскости вопрос о прогнозировании эффективности групповой психотерапии при неврозах сводится к выяснению ее показаний и противопоказаний, выработке критериев отбора пациентов в психотерапевтические группы.

Ниже приводятся результаты исследования прогностического значения клинических, психологических и социально-психологических характеристик больных неврозами при групповой психотерапии, проведенное в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (А. А. Александров). В качестве экспериментально-психологических методов были использованы:

1) матрица интеракций Хилла, служащая для изучения вербального взаимодействия пациентов в психотерапевтических группах;

2) уровень субъективного контроля (Бажян Е. Ф. и соавт.) для определения интернальности-экстернальности;

3) методика А. Меграбяна, предназначенная для оценки эмпатической и аффилятивной тенденций и чувствительности к отвержению;

4) методика М. Рокича для изучения ценностных ориентации;

5) шкала личностных ценностей Дж. Скотта.

Для оценки эффективности групповой психотерапии использовалась клиническая шкала, разработанная в клинике неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

Прогностическое значение ведущего психопатологического синдрома и стадий невротического заболевания

Исследование выявило прогностическое значение для эффективности групповой психотерапии ведущего психопатологического синдрома. Группу со сравнительно высокой эффективностью групповой психотерапии составили больные с фобическими, астеническими и вегето-соматическими расстройствами; группу с относительно низкой эффективностью терапии — пациенты с обсессивными, депрессивными, ипохондрическими расстройствами и функциональными сексуальными нарушениями.

Анализ вербального взаимодействия пациентов в психотерапевтической группе, проведенный с помощью матрицы интеракций Хилла, показал, что из трех синдромов, оцененных как прогностически наиболее благоприятные (астенического, фобического, вегето-соматических расстройств), наиболее курабельным под воздействием групповой психотерапии оказался астенический синдром. Показатель «уровня работы» оказался самым высоким у пациентов с астеническим синдромом. Более высокая продуктивность этих пациентов в группе связана с преобладанием в их работе «конфровтационного» и «интеллектуаль-

ного» стилей: деятельность в этих двух стилях, которая только и признана «терапевтической работой», свидетельствует о готовности члена группы принять помощь от других участников, а также оказать помощь другому, о принятии членом группы ролей «пациента» и «психотерапевта».

Таким образом, на основании клинических и экспериментально-психологических исследований можно сделать вывод о том, что наиболее благоприятными в прогностическом отношении при групповой психотерапии являются астенический, фобический синдромы и вегето-соматические расстройства, наименее благоприятны обсессивный, депрессивный, ипохондрический синдромы и функциональные сексуальные расстройства, причем ипохондрический синдром следует расценивать как наиболее резистентный к групповой психотерапии.

Было установлено также, что острые невротические состояния — невротическая реакция и острый невроз — являются прогностически более благоприятными, а невротические развития — прогностически менее благоприятными для групповой психотерапии. Больные с затяжными невротическими состояниями распределились между группами с высокой и низкой эффективностью лечения примерно в равном соотношении. Это вполне соответствует данным о прогностическом значении ведущих психопатологических синдромов. Клиническая картина невротического развития личности синдромологически наиболее часто представлена ипохондрическим или депрессивным синдромами, являющимися прогностически неблагоприятными при групповой психотерапии. Наиболее же прогностически благоприятные астенический, фобический синдромы и вегето-соматические расстройства чаще оформляют клиническую картину острого невроза.

Прогностическое значение акцентуаций характера

Во многих работах для прогнозирования степени эффективности психотерапии при неврозах подчеркивается значение отдельных психологических характеристик личности. В то же время есть исследования, которые показывают отсутствие взаимосвязи между отдельными экспериментально-психологическими показателями и оценками степени клинического улучшения у больных неврозами. В связи с этим Б. Д. Карвасарский подчеркивает большую ценность синтетических характеристик личности, основанных на клиническом опыте. В роли такой синтетической клинико-психологической характеристики может выступать акцентуация характера. Тип акцентуации определяет избирательную чувствительность к психогенным факторам, особенности личностного конфликта, который лежит в основе невроза, а также клинические проявления, то есть форму невроза (А. Е. Личко).

Наиболее часто при неврозах отмечаются акцентуации трех типов: истероидная, сенситивная и психастеническая. Более дифференцированный клинический анализ позволил выделить и описать в рамках истероидной акцентуации два ее варианта: стеничный и астенический. Типы акцентуаций характера, включая варианты истероидной, имеют различное значение для прогнозирования эффективности групповой психотерапии у больных неврозами. Клинический опыт показывает, что терапевтически наиболее резистентным является стеничный вариант истероидной акцентуации характера. Личность этих пациентов характеризуется авторитарностью, стремлением доминировать в группе,

эгоцентризмом, психической ригидностью, наиболее ярко проявляющейся в аффективной сфере, скрытой и явной агрессивностью, наличием жестких установок и тенденцией вести себя в соответствии с ригидными стереотипами. При крайней выраженности этих черт получается сходство с акцентуацией характера истероидно-эпилептоидного типа (по А. Е. Личко). Перечисленные особенности характера снижают адаптивные возможности этих личностей, нарушают интерперсональные отношения, затрудняют принятие и адекватную когнитивно-эмоциональную переработку обратных связей, предоставляемых участниками психотерапевтической группы.

Более благоприятный прогноз групповой психотерапии отмечается у пациентов с астеническим вариантом истероидной акцентуации, для которого характерно сочетание эмоциональной лабильности, чувствительности с элементами демонстративного поведения, носящего защитный характер. Лишенные брутальности, характерной для стеничного варианта, более пластичные и нередко обнаруживающие высокую эмпатическую тенденцию, эти личности располагают более высоким потенциалом для ассимиляции опыта, приобретенного в психотерапевтической группе и способствующего перестройке системы отношений.

Наиболее высокий терапевтический эффект наблюдается у пациентов с чертами сенситивности и психастеничности. Ориентация на социальные нормы, повышенное чувство долга и ответственности, «моральная щепетильность» и совестливость, сдержанность в манерах, скромность, взвешенность высказываний, тактичность и часто присущая им альтруистическая установка — качества, высоко ценимые в межличностных отношениях, благодаря которым они располагают к себе других участников психотерапевтической группы. В атмосфере принятия и поддержки, возникающей на определенном этапе развития психотерапевтической группы («ценностно-ориентационного единства»), создаются оптимальные для этих личностей условия для коррекции свойственной им пониженной самооценки и чувства собственной неполноценности.

Исследование, проведенное с использованием клинической шкалы отделения неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, предназначенной для оценки эффективности психотерапии с привлечением симптоматического, психологического и социального критериев, показало, что наиболее благоприятным в прогностическом отношении является сенситивный тип акцентуации характера.

Приведенное выше ранжирование четырех типов акцентуаций характера по степени их значения для прогноза эффективности групповой психотерапии, основанное на клиническом опыте, находит полное подтверждение при изучении динамики индивидуально-психологических, социально-психологических, нейрофизиологических и нейрохимических показателей больных неврозами в процессе групповой психотерапии и их сопоставлении с диагностируемыми у данных больных типами акцентуаций характера.

Интерперсональные отношения больных неврозами с различными типами акцентуаций характера отличаются своеобразием, откладывающим отпечаток на взаимодействие с членами психотерапевтической группы. При этом характер интеракций оказывает влияние на прогноз эффективности групповой пси-

хотерапии. Исследование, проведенное с помощью методики Хилла, выявило существенное различие в поведении больных с разными типами акцентуаций. Было показано, что «конвенциальный стиль» поведения — терапевтически малоценный — достоверно реже отмечается у сенситивных и тревожно-мнительных личностей. «Утвердительный стиль» поведения, для которого характерны безапелляционность, жесткость позиций, отстаивание своего мнения вопреки доводам, а порой и враждебность, и агрессия, — стиль, способствующий эмоциональному отреагированию, но с точки зрения продуктивности работы в группе являющийся также малоценным, — максимально выражен у стеничных истероидов (при истеро-эпилептоидном варианте истероидной акцентуации характера), значительно выражен у астенических истероидов (при сенситивно-истероидном варианте) и слабо выражен у личностей с чертами сенситивности и тревожной мнительности. «Разговоры на общие темы» и «темы, касающиеся проблем группы», — малоценные в терапевтическом отношении категории — достоверно реже ведутся сенситивными личностями, чем истероидными. «Внутригрупповой показатель», отражающий степень сосредоточенности дискуссий на индивиде, которая ведет к достижению понимания себя членами группы, достоверно выше у сенситивных личностей по сравнению с двумя вариантами истероидных личностей. По показателю «уровня работы», наиболее важному показателю, отражающему степень терапевтической ценности взаимодействия пациента в группе, на первом месте оказываются личности с сенситивными чертами характера, затем идут астенические истероиды и, наконец, стеничные истероиды. Несмотря на то, что сенситивные пациенты отличаются вокальной сдержанностью и меньшим числом интеракций по сравнению с истероидными, уровень их работы оказывается наиболее высоким. Это обусловливается тем, что их взаимодействие протекает в психотерапевтически более ценных категориях, у них отсутствует тенденция к малоценному утвердительному стилю поведения.

Результаты исследования по методике Хилла показывают, что групповая психотерапия наиболее эффективна при неврозах, развившихся на фоне акцентуаций сенситивного типа, и менее эффективна у пациентов с истероидной акцентуацией характера, причем наименее благоприятный исход наблюдается в тех случаях, когда в структуре истероидной личности присутствует эпилептоидный радикал (у стеничных истероидов), благодаря которому доминирующим стилем поведения этих пациентов становится малоценный в терапевтическом отношении утвердительный стиль.

Вопрос о соотношении коммуникативных индивидуально-психологических характеристик больных неврозами, оценка которых важна для понимания особенностей их системы отношений, интерперсонального функционирования и, в частности, взаимодействия в психотерапевтической группе, и выявляемых у них типов акцентуаций характера, явился предметом исследования, проведенного на двух группах акцентуированных личностей, не вызывающих диагностических сомнений в отношении их типологической принадлежности: первую группу составили пациенты с чертами сенситивности, тревожности, испытывающие затруднения в социальном обращении; вторую — пациенты с выраженными истероидными чертами характера. Исследование выявило связь между высо-

ким уровнем чувствительности к отвержению и акцентуацией характера сенситивного типа. По таким индивидуально-психологическим характеристикам, как эмпатическая тенденция и тенденция к аффилиации, различий между сенситивными и истероидными личностями не определяется. Уровень чувствительности к отвержению до начала лечения достоверно выше у сенситивных личностей, чем у истероидных. В процессе групповой терапии у сенситивных личностей отмечается статистически достоверное снижение уровня чувствительности к отвержению, чего не наблюдается в группе истероидных личностей. Таким образом, высокий уровень чувствительности к отвержению, являясь благоприятным фактором для прогноза эффективности групповой психотерапии больных неврозами, ассоциируется с акцентуацией характера сенситивного типа.

Обобщая данное исследование, можно сказать, что акцентуация характера, будучи образованием, в котором интегрируются биологические, психологические и социальные аспекты человека, является характеристикой, имеющей важное прогностическое значение для групповой психотерапии неврозов. Проведенными исследованиями показано, что наиболее эффективна групповая психотерапия у больных с сенситивными чертами характера, испытывающих затруднения в межличностных контактах. Сенситивная личность является «мишенью» для групповой психотерапии, обладающей, прежде всего, потенциалом для формирования у таких субъектов адекватной самооценки и для реконструкции на этой основе нарушенной у них системы отношений. Менее эффективна групповая психотерапия у личностей истероидного склада характера. Наконец, больные с эпилептоидным радикалом личности обнаруживают известную резистентность к методам групповой психотерапии: стеничный вариант истероидной акцентуации характера является прогностически неблагоприятным.

Прогностическое значение ценностных ориентации

Исследование, проведенное с помощью методики М. Рокича, выявило особенности ценностно-ориентационной деятельности у больных с высокой и низкой эффективностью групповой психотерапии.

До начала лечения в обеих группах наиболее высокую субъективную значимость имели ценности-цели «здоровье», «счастливая семейная жизнь», «любовь», «уверенность в себе», «наличие хороших и верных друзей». Более низкой субъективной значимостью обладали терминальные ценности, ориентированные на макросоциум («интересная работа», «активная деятельная жизнь» и др.). Последние места в иерархии занимали ценности «удовольствия», «равенство» и «красота природы и искусства».

Что касается подсистемы инструментальных ценностей, то в группе с высокой эффективностью лечения наибольшей субъективной значимостью характеризовались ценности «ответственность», «жизнерадостность», «честность», «твердая воля» и «смелость в отстаивании своего мнения». В отличие от этого в группе с низкой терапевтической результативностью в число наиболее важных ценностных ориентации вошли «самоконтроль» и «образованность». Следовательно, ценностная позиция в группе с высокой эффективностью лечения характеризовалась нацеленностью на проявление собственной активности в реализации важнейших жизненных программ, а ценностные структуры

пациентов с низкой эффективностью лечения в значительной мере отражали невротические способы восприятия, переживания и поведения.

Существенные различия между больными с высокой и низкой эффективностью лечения обнаруживаются в корреляционном статусе ценности «здоровье». У больных с высокой эффективностью лечения реализация программы «здоровье» связывалась с такими ценностями, как «жизненная мудрость», «уверенность в себе», «честность» и «чуткость». При этом инструментальные ценности «высокие запросы», «рационализм», «твердая воля» отвергались больными в качестве средств, необходимых для достижения «психического и физического здоровья». Внутри самой иерархии ценностей-средств выявлялась более высокая степень согласованности в представлениях больных о наиболее конструктивных путях выполнения поставленных перед ними задач.

На этом основании можно сделать определенные выводы. Так, в ценностной позиции больных с высокой эффективностью групповой психотерапии, по-видимому, находили отражение изначально высокая мотивация на осознание причин, понимание психологических механизмов своего заболевания и ориентация на проявление собственной активности в достижении наиболее важных жизненных целей. Согласно литературным данным именно эти личностные характеристики улучшают прогноз эффективности групповой психотерапии, поскольку у пациентов с низким уровнем мотивации (в отличие от тех, у кого она была изначально высокой) значительная часть времени тратится на достижение высокого уровня уже в процессе лечения. Это предположение находит свое фактическое подтверждение: именно у пациентов с изначально высокой мотивацией к групповой психотерапии были достигнуты ко времени ее окончания высокие показатели по первым трем критериям клинической шкалы.

В противоположность этому в группе с высокой эффективностью лечения не было выявлено статистически достоверных взаимосвязей ценности «здоровье» с какими-либо другими терминальными или инструментальными ценностями. Это следует расценивать как показатель приобретения ценностью «здоровье» почти безусловного значения для пациентов, ее идеализации — при полном отсутствии представлений о собственных возможностях реализации основных жизненных программ. Кроме того, у пациентов с низким терапевтическим результатом подсистема инструментальных ценностей характеризовалась большей степенью рассогласованности и противоречивости, что проявилось в исчезновении ряда важных положительных взаимосвязей, а также в появлении «жестких» отрицательных связей, отражающих достаточно выраженное ослабление целостности диспозиционной системы и ценностно-ориентационной деятельности в целом.

Прогностическое значение коммуникативных характеристик

Исследование, проведенное с использованием методики А. Меграбяна, выявило прогностическую ценность при групповой психотерапии одной из трех коммуникативных характеристик — чувствительности к отвержению. В группе с высокой эффективностью лечения средние значения показателей чувствительности к отвержению до начала групповой психотерапии достоверно выше средних значений в группе больных с низкой результативностью лечения. У пациентов с высокой эффективностью лечения до начала психотерапии до-

стоверно чаще регистрировался высокий уровень чувствительности к отвержению. Больные со средним и низким уровнем чувствительности к отвержению были одинаково представлены в обеих группах.

Характеристики больных неврозами, не имеющие прогностического значения для эффективности групповой психотерапии

Проведенное исследование выявило следующие клинико-биологические переменные, которые не имеют прогностического значения для эффективности групповой психотерапии: пол, возраст, семейный статус больных, форма невроза, длительность заболевания, возраст, в котором впервые проявилось невротическое состояние, степень остроты начала заболевания, патогенная ситуация и ее длительность.

Из перечисленных переменных обращает на себя внимание такая, казалось бы, важная клиническая характеристика, как форма невроза. То, что форма невроза не имеет прогностического значения, связано, по-видимому, с явлением клинического патоморфоза и возрастанием числа малодифференцированных форм неврозов. На изменение клинической картины истерии указывают многие авторы. В настоящее время стали редкостью пациенты с выразительно-демонстративными, драматическими картинами истерии: они уступают место вегетативно-висцеральным расстройствам, которые, сочетаясь со склонностью больных к задержке внешних выражений эмоциональных реакций, проявляются нередко в виде интимного страдания (Б. Д. Карвасарский). Структура невроза навязчивых состояний в последние годы все более изменяется в сторону усиления его полиморфизма, происходит сближение этой формы с другими невротическими расстройствами. Для всех форм характерна соматизация их классических картин. Увеличивается число больных со сложными психогенными вегетативно-висцеральными нарушениями. Отдельные невротические формы теряют четкие очертания; все чаще встречаются смешанные формы: истероневрастения, истерия с фобиями, невроз навязчивых состояний с истерическими включениями.

Из этого следует, что форма невроза, являясь малодифференцированной клинической характеристикой, не может выступать в роли прогностической переменной при групповой психотерапии. Эту роль в значительной степени принимает на себя другая интегративная клиническая характеристика — акцентуация характера, которой, как указывалось, определяется и ведущий психопатологический синдром, и тип психологического конфликта, и сама форма невроза.

Согласно проведенному исследованию, из индивидуально-психологических характеристик больных неврозами не имеют прогностического значения эмпатическая тенденция, аффилятивная тенденция, а также уровень субъективного контроля личности.

Полученный результат расходится с распространенным мнением о прогностической ценности эмпатического потенциала. Прогностическое значение эмпатической тенденции не подтверждается и опосредованными исследованиями. Так, не было выявлено достоверных различий в уровне эмпатической тенденции у больных с акцентуацией сенситивного (прогностически более благоприятного) и истероидного (прогностически менее благоприятного) типов. Такие же результаты получены в отношении аффилятивной тенденции.

Исследование не выявило достоверных различий и в локусе контроля больных неврозами до лечения в двух группах больных — с высокой эффективностью лечения и резистентных к терапии. Таким образом, уровень контроля личности является переменной, не имеющей прогностической ценности. В то же время было показано значение этого фактора при оценке эффективности групповой психотерапии: у больных с высокой эффективностью лечения после проведенной психотерапии интернальность достоверно выше, чем у больных, резистентных к терапии. Это относится как к общей интернальности, так и к интернальности в области достижений, неудач и производственных отношений.

Отрицательные результаты, полученные при изучении прогностического значения ряда клинических и индивидуально-психологических характеристик больных неврозами, должны учитываться при разработке практических рекомендаций по вопросам, связанным с отбором пациентов для проведения групповой психотерапии, однако они не могут служить ориентиром при установлении показаний и противопоказаний к данному методу лечения.

Прогностические клинико-психологические «портреты» больных неврозами

На основании результатов исследования можно составить обобщенные прогностические клинико-психологические «портреты» больных неврозами. В этих «портретах» содержатся ответы на следующие ключевые вопросы: 1) чем страдает пациент (клинические характеристики); 2) какой он есть (тип акцентуации характера); 3) каковы его жизненные цели и представления о способах их достижения (система ценностных ориентации); 4) как он ведет себя в процессе групповой психотерапии (интеракции в группе, регистрируемые с помощью методики Хилла).

Прогностически благоприятный портрет. В клинической картине пациента доминируют неврастенические, фобические или вегето-соматические расстройства. Заболевание имеет сравнительно малую продолжительность (до 2-3 лет). Невротическая симптоматика является относительно нестойкой. Полностью отсутствует или незначительно выражена ипохондрическая переработка и фиксация вегето-висцеральных расстройств.

Главной характерологической особенностью такого пациента является сенситивность, проявляющаяся в повышенной чувствительности к происходящим с ним событиям. Сенситивность сопровождается повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, всякого рода испытаний и т. п. Ему свойственны робость, застенчивость, склонность к продолжительному переживанию прошедших или предстоящих событий. У него резко выражено чувство собственной неполноценности, снижена самооценка. Отмечается тенденция к повышенной моральной требовательности к себе. Он сильно обеспокоен отношением к себе окружающих, возможным неблагоприятным мнением о нем. У него высокий уровень страха непринятия и отвержения другими людьми. Личностная проблематика такого пациента, в силу перечисленных особенностей, носит интерперсональный характер: он недостаточно адекватно реагирует на возникающие межличностные ситуации, поскольку все его внимание сосредоточено на сохранении представления о значимости своего «Я» и стремлении «выглядеть достойно» в глазах окружающих.

Вместе с тем, для такого пациента характерна выраженная мотивация на осознание причин затруднений в межличностном функционировании, на понимание психологических механизмов возникновения конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также ориентация на проявление собственной активности в реализации наиболее важных жизненных целей.

Мотивация на осознание причин нарушений отчетливо проявляется в поведении такого пациента в психотерапевтической группе. Он избегает разговоров на малопродуктивные в терапевтическом отношении «общие темы», принимая активное участие в дискуссиях, сосредоточенных на личности участников и приводящих к достижению понимания ими себя и своих проблем. В работе пациента преобладают два стиля, которые признаются «терапевтической работой»: это конфронтационный стиль, характеризующийся сильным эмоциональным вовлечением и конфронтацией с обычно избегаемыми чувствами, убеждениями, позициями, аспектами поведения, сопоставляемыми с полученными в ходе групповых занятий результатами, и теоретический (интеллектуальный), характеризующийся анализом проблем, терапевтически существенных для членов группы.

Ряд характерологических особенностей пациента, таких как сдержанность манер, взвешенность высказываний, повышенное чувство долга и ответственности, а также его продуктивная работа в группе, искренняя готовность к оказанию помощи другим делают его фигуру привлекательной для членов группы, способствуют его принятию и оказанию эмоциональной поддержки. Это, в свою очередь, ведет к снижению у пациента чувствительности к отвержению, росту уверенности в себе и своей ценности, преодолению комплекса неполноценности и повышению самооценки.

Прогностически неблагоприятный портрет. Заболевание приобретает хронизированный характер, продолжительность его более 3 лет. Невротическая симптоматика отличается стойкостью, значительно выражена ипохондрическая переработка и фиксация нейровегетативных и нейросоматических расстройств. Особенно неблагоприятным в прогностическом отношении является формирование стойкого ипохондрического синдрома и трансформация затяжного невроза в невротическое развитие личности.

Главными особенностями характера являются демонстративность, стремление казаться больше, чем есть, высокий уровень притязаний. Отмечается стеничность с тенденцией к доминированию, авторитарности, стремлению подчинить своему влиянию партнеров но взаимодействию. Такой пациент может отличаться психической ригидностью, наиболее ярко проявляющейся в аффективной сфере, скрытой и явной агрессивностью, следованием стереотипам. В ряде случаев получается сходство с акцентуацией характера истероидно-эпилептоидного типа. Наличие эпилептоидного радикала в структуре характера больного неврозом ухудшает прогноз заболевания.

У такого пациента в структуре ценностных ориентации ценность «здоровье» приобретает почти безусловное значение, идеализируется. Смещение всех жизненных интересов в сферу здоровья, сопровождающееся снижением значимости иных сфер жизнедеятельности, служит для пациента «психологической защитой» перед неблагоприятной психотравмирующей ситуацией, которая может

быть разрешена рациональным способом. Вместе с тем структура ценностных ориентации отличается противоречивостью и рассогласованностью представлений о наиболее важных жизненных целях и средствах их достижения, о своих собственных возможностях реализации основных жизненных программ.

Отмеченные особенности характера и ценностных ориентации находят отражение в поведении пациента в психотерапевтической группе. Наиболее характерным стилем взаимодействия с участниками группы является утвердительный стиль, характеризующийся безапелляционностью суждений, жесткостью позиций, спором, отстаиванием своего мнения, невзирая на доводы, порой враждебностью и агрессией. Такое поведение способствует эмоциональному отреагированию, однако не способствует продвижению пациента в направлении осознания своих проблем.

Поведение пациента в группе и особенности его характера затрудняют его принятие участниками группы. Обратные связи, получаемые пациентом от группы, или не принимаются им, или значительно обесцениваются как в силу присущих ему качеств, так и в силу дефицита эмоциональной поддержки со стороны группы, что в еще большей степени способствует взаимному отчуждению группы и пациента, а иногда и формированию у пациента оппозиционного, враждебного отношения к группе. В результате возникающего порочного круга цели групповой психотерапии оказываются не достигнутыми, а психотерапевтический потенциал группы — нереализованным.

Глава 11

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

11.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Психотерапия, особенно адекватная в случае психогенных расстройств, применяется также при психических заболеваниях эндогенного характера, прежде всего в групповых ее формах. При этих заболеваниях психотерапию обычно включают в систему биологического лечения и социально-реабилитационных воздействий. Авторы, рассматривающие шизофрению как органический мозговой процесс или признающие ее генетическую обусловленность, вместе с тем отмечают, что ее клиническая картина не только складывается из симптоматики, определяемой самим патологическим процессом, но и включает в себя в большей (например, при малопрогредиентных формах шизофрении) или меньшей степени различные феномены личностно-психологической природы. Психотерапия показана при малопрогредиентной шизофрении; при более злокачественных формах она используется главным образом в период ремиссии и становления ремиссии, а также при постпроцессуальных состояниях с относительно неглубоким дефектом. Методы, содержание психотерапии определяются своеобразием фаз, форм и типов течения заболевания. Большое значение приобретает правильный учет соотношения психотерапевтической тактики и биологической терапии в системе восстановительного лечения пациентов с эндогенными психозами.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются: предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма, который нередко наблюдается в современных реабилитационных отделениях для психически больных.

В настоящей главе представлен опыт применения психотерапии у психически больных сотрудниками Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством В. М. Воловика (В. М. Воловик, В. Д. Вид, С В . Днепровская, Т. В. Гончарская). Авторы выделяют несколько уровней задач и соответствующих им форм групповой психотерапии при малопрогредиентных формах шизофрении. Что касается групповой психотерапии пациентов с острыми психотическими состояниями, то эффективность ее сомнительна, а у вновь поступивших в стационар больных результаты негативны.

Литература, посвященная применению индивидуальной и групповой психотерапии при эндогенных депрессиях, противоречива. Исследователи, признающие соматогенную природу эндогенных депрессий, весьма скептически рассматривают возможную эффективность психотерапии при этих заболеваниях. При определении целей групповой психотерапии депрессивных больных обычно подчеркивается, что хотя психотерапия не приводит к снятию эндо-

генной симптоматики, группа способствует возникновению у пациентов чувства принадлежности и безопасности, изменению представлений о неповторимости и исключительности их заболевания, уменьшению в связи с этим напряженности, перестройке отношения к своей болезни, укреплению веры в успех лечения, повышению самооценки, выработке более адекватных жизненных планов (С.В. Днепровская). Групповая психотерапия при эндогенных депрессиях обычно сочетается с биологической терапией и проводится после снятия острой депрессивной симптоматики. Различно отношение к обсуждению в группе вопросов, связанных с суицидальными тенденциями у больных. Одни авторы полагают, что таких пациентов не следует включать в группу из-за того, что эти тенденции могут усилиться. Другие считают это и возможным, и необходимым, поскольку суицидальные тенденции часто бывают скрыты и работа в группе их выявляет. Противорецидивный эффект, достигаемый с помощью психотерапии при депрессии, весьма скромен. Чем острее состояние больного, тем меньше показаны приемы раскрытия переживаний раннего детства и проработка «вторичных выгод» от заболевания. Среди отдельных методов психотерапии наилучшим образом зарекомендовала себя в комплексе с фармакотерапией когнитивная психотерапия.

Вопрос о показаниях и противопоказаниях к групповой психотерапии для больных психозами разными авторами решается по-разному. Существует мнение, что не должно быть никаких ограничений для участия пациентов в группе, и в то же время указывается, что предварительный отбор необходим, не рекомендуется включать в группу острых психотических больных с выраженной степенью слабоумия, агрессивности, тревожности и т. п. В некоторых работах говорится о том, что окончательное решение о включении больного в психотерапевтическую группу можно принять, лишь проведя его через первичную, «вестибюльную» группу. Этой же цели служат так называемые «оценочные» группы, с помощью которых определяют характер и степень выраженности психопатологических расстройств, собственные цели и программу лечения больного, этап и тип лечения, показанный данному пациенту. В течение 8-10 занятий психотерапевт получает информацию, позволяющую ему выбрать наиболее адекватную тактику дальнейшего лечения. Основной задачей предварительного этапа групповой психотерапии является определение способности пациента к межличностному функционированию.

Говоря о прогнозе психотерапии в психиатрической клинике, H. Weise отмечает, что если успех ее в решающей степени зависит от того, насколько дифференцированно удалось при диагностике определить исходную ситуацию пациента, индивидуальные условия жизни, возможности, социальное положение, особенности его личности, то переход психотерапевтической работы в повседневную жизнь (а таково важнейшее условие ее эффективности) зависит от структурно-организационных рамок, в которых психотерапия осуществляется. Психотерапию, начатую в стационаре, необходимо продолжать, и достаточно длительное время, в амбулаторных условиях (дневные и ночные стационары, клубные формы и т. д.).

11.2. КОНЦЕПЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Реабилитация — это система различных мероприятий (государственных, экономических, медицинских, психологических, социальных и др.), направленных не только на оптимальное приспособление больного к жизни и труду, но и на предупреждение того или иного дефекта (М. М. Кабанов). Конечная цель реабилитации — восстановление личного и социального статуса больного (полное или частичное).

Процесс реабилитации делят на три последовательных этапа: восстановительное лечение, реадаптация и реабилитация в прямом смысле этого слова. Задачи реабилитации, а также ее формы и методы меняются в зависимости от этапа. Если на первом этапе — восстановительного лечения — задача состоит в профилактике дефекта, госпитализма, инвалидности, то на последующих этапах задача заключается в приспособлении индивида к жизни и труду, в рациональном бытовом и трудовом устройстве, в создании благоприятной психологической и социальной микросреды. И формы воздействия разнообразны: от первоначально активного биологического лечения, которое постепенно заменяется так называемой поддерживающей фармакотерапией или вообще сходит на нет — до различных методов «лечения средой», психотерапии, трудовой терапии, лечения занятостью, роль которых возрастает на последующих этапах.

11.2.1. Восстановительное лечение как начальный этап реабилитации

Восстановительное лечение рассматривается М. М. Кабановым как начальный этап реабилитации. Реабилитация должна начинаться как можно раньше, то есть с момента первого обращения к врачу. Попытки жесткого разграничения реабилитации и лечения отходят в область анахронизмов. В свете современных воззрений лечение и реабилитация составляют единое целое, в котором отдельные методы и воздействия, направленные на болезнь, больного и окружение, выступают как элементы динамической системы взаимосвязанных компонентов.

Восстановительное лечение часто отождествляют с мерами по преодолению постпроцессуальных изменений и приспособлению больных после перенесенного психоза. Однако понятие восстановительного лечения является значительно более широким. Оно включает не только работу по восстановлению нарушенной адаптации после перенесенного психоза, но и осуществление

мероприятий, направленных на устранение болезненных явлений и предотвращение стойкой дезадаптации у больных на высоте психоза и даже в начальном, препсихотическом, периоде психических заболеваний.

Единство биологических и психосоциальных воздействий составляет универсальный принцип реабилитации. Соотношение биологических и психосоциальных воздействий изменяется не только от этапа к этапу, но и соответственно клинической дифференциации больных и задачам восстановительного лечения. У больных с отзвучавшим процессом, но порочными формами адаптации решающее место принадлежит психосоциальным методам, тогда как соматобиологическая терапия не играет здесь существенной роли. В противоположность этому у больных с активными проявлениями психоза на передний план выдвигаются соматобиологические методы. Промежуточное положение между названными группами занимают больные с препсихотическими расстройствами и малопрогредиентными формами психических заболеваний. Хотя очевидно, что оптимальной целью любого лечения является устранение или ослабление болезни, на практике не так уж редко упорное следование этой цели вступает в противоречие с возможностью эффективного социального восстановления больного. В клинике непосредственный терапевтический эффект оценивается по степени достигнутого регресса психопатологической симптоматики. Этот непосредственный терапевтический эффект может оказаться обратно пропорциональным общему конечному результату. Слишком длительное и интенсивное фармакобиологическое лечение, нередко полностью подавляя продуктивную симптоматику, вызывает депривацию больных с деструкцией социальных связей. Поэтому специфической особенностью восстановительного лечения является иное определение целей лечения, при котором лечебные и коррекционио-приспособительные воздействия направляются на восстановление нарушенных функций, личного и социального статуса больного и возвращение его к общественно полезной деятельности.

На этапе восстановительного лечения создаются основные условия последующей реабилитации больных (профориентации и профессиональной переподготовки, быто- и трудоустройства и т. п.). Этим оправдывается сосредоточение особого внимания на этапе восстановительного лечения.

Для реализации программ восстановительного лечения необходимо преодолеть укоренившиеся традиции односторонне ориентированной терапевтической практики, когда на одном полюсе находится исключительная соматобиологическая ориентация в лечении психозов, на другом — абсолютизация значения и возможностей психосоциальных методов.

Психосоциальные методы — это совокупность специфических приемов воздействия, направленного на те или иные стороны и механизмы психического и социального функционирования индивида. К методам психосоциального воздействия относятся терапия средой и социотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия, семейная терапия, трудовая терапия и терапия занятостью.

Хорошо известна взаимосвязь психосоциальных и фармакобиологических воздействий. Изменения психического состояния больных, достигаемые применением лекарств, способствуют осуществлению психокоррекционной рабо-

ты, а также организации оптимального распорядка в стационаре. В свою очередь отмечена зависимость эффективности медикаментозного лечения и даже действенных доз психофармакологических препаратов от применения психотерапевтических и средовых влияний.

Одним из важных факторов восстановительного лечения является *лечебный режим.* Применение того или иного лечебного режима тесно связано с основной концепцией лечения. Прогрессивным для своего времени было повсеместное внедрение в нашей стране лечебно-охранительного режима. Этот режим являлся воплощением всеобщего принципа организации лечения, основанного на положениях физиологического учения И. П. Павлова, которое понималось и использовалось, однако, слишком односторонне. Положительные элементы лечебно-охранительного режима получили развитие и закрепились в психотерапевтическом стиле общения с больным и в деонтологическом подходе к организации и проведению всех лечебно-диагностических мероприятий.

Теория и практика восстановительного лечения связаны с более глубоким осознанием отрицательных последствий длительной бездеятельности и пассивной роли в лечении, которая предписывается больным традиционным лечебным распорядком и усугубляется в системе лечебно-охранительного режима. На передний план лечения самых различных заболеваний стало выдвигаться требование ранней активации, деятельного образа жизни, обеспечивающего тренировку сохранных и восстановление нарушенных функций.

Принципу ограждения был противопоставлен принцип формирования у больного положительной эмоциональной настроенности и активной сознательной установки на борьбу с болезнью и преодоление трудностей. Из роли «реципиента» больной переводился в роль деятельного участника процесса лечения, наделенного своими правами и обязанностями. На такой основе строился *активирующий* лечебный режим.

Стадийность и изменчивость проявлений болезней не допускают альтернативного противопоставления лечебно-активирующего и охранительного режимов. Хотя восстановительное лечение в большей мере опирается на раннее и энергичное применение активирующего лечения, в острой фазе болезни оправдано применение лечебно-охранительного режима или, во всяком случае, его элементов. Промежуточный режим, разработанный и внедренный в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, называется *щадящим.* В нем сочетаются элементы охранительного режима (физический и душевный покой, возможность пребывания в постели вне времени сна) и активирующего режима (поощрение разного рода индивидуальных занятий, возрастающее участие в собраниях больных и других социотерапевтических мероприятиях, расширение свиданий и т. п.).

В основе восстановительного лечения лежит дифференцированная система лечебных режимов (М. М. Кабанов, В. М. Воловик, Т. В. Беляева), включающая лечебно-охранительный, щадящий и активирующий режимы. Дифференцированная система лечебных режимов строится исходя из двух главных принципов: 1) принцип дифференциации режимов в соответствии с состоянием больного и тенденциями его преобразования; 2) принцип

максимально допустимого сокращения времени пребывания больных на лечебно-охранительном режиме в силу таящейся в нем опасности падения психического тонуса, утраты связи с реальностью и формирования явлений госпитализма. При этом лечебно-активирующий режим рассматривается как условие и форма оптимальной реализации системы психосоциальных воздействий и ее важнейшего компонента — терапии средой. Лечебно-активирующий режим включает четыре основных элемента: 1) минимальную изоляцию больного от общества, сохранение и развитие его естественных социальных связей (наиболее благоприятные условия для этого предоставляет полустационарное лечение); 2) применение принципов максимального нестеснения на основе уважения к личности больного, содействия его потребностям в самореализации и отказа от излишних ограничений; 3) поощрение социальной активности больных; 4) обеспечение полезной занятости больных с привлечением системы активирующих мероприятий (гимнастика, занятия спортом, соревнования, содержательные прогулки и экскурсии, вечера отдыха и т. д.). Реализация этих принципов требует отказа от гиперпротективного стиля обращения с больными и установления с ними отношений сотрудничества.

11.2.2. Терапия средой и организация лечебного коллектива

В понятие терапевтической среды вкладывается разное содержание. Нередко в этом смысле подчеркивается роль обстановки, внешних форм поведения персонала («в больнице и стены лечат»). Несомненно, и то и другое имеет существенное значение. В системе лечебно-активирующего режима важное место отводится, в частности, приближению обстановки стационара к домашним условиям, искоренению казенщины. Однако в современном понимании терапевтическая среда — это прежде всего система социальных отношений, складывающихся в стационаре и в ближайшем окружении больного. М. М. Кабанов определяет терапевтическую среду как рационально направляемую систему отношений больного с окружением. Речь идет прежде всего об установлении таких взаимоотношений между больными и персоналом, которые способствовали бы наилучшему самовыражению пациентов, их вовлечению в лечебный процесс в качестве активных и сознательных его участников, тренировке и развитию ими своих социальных функций и психологической коррекции их установок.

На Западе в начале 50-х годов XX века возникла концепция «терапевтического сообщества», обычно связываемая с именем Максвелла Джонса. Джонс определял задачу «терапевтического сообщества» как переход от «эры гуманных установок» к «эре самоопределения пациентов». Чисто опекающие установки персонала, который в глубине души считает больных инфантильными, должны превратиться в терапевтическое партнерство, способствующее «душевному созреванию пациентов». В самом общем виде эта концепция исходит из признания активной роли пациента в достижении целей лечения и суще-

ствования зависимости между социальной структурой лечебного учреждения, тем местом, которое ему в этой системе отводится, и его позицией. Теоретической основой концепции терапевтического сообщества (в ее первоначальном виде) является психодинамическое понимание болезни, из которого вытекает неоправданное ограничение компетенции врача и переоценка лечебного значения средовых воздействий, в частности далеко идущее послабление больничного режима. Очевидно, что в такой форме она не могла получить признания у трезво мыслящих клиницистов. Вместе с тем при условиях пересмотра его теоретических основ и принципов реализации «терапевтическое сообщество» является полезной формой организации терапии средой.

Критического пересмотра и уточнения в концепции «терапевтического сообщества» требует прежде всего понимание партнерства между пациентом и медицинским персоналом. Оно понимается здесь как *сотрудничество,* практически выражающееся во взаимном принятии друг друга как личностей, способных к самостоятельному решению и сознающих ответственность, но не означает равной компетентности при решении вопросов. Пределы последней определяются профессиональной квалификацией. Тем самым признается существование сфер, в которых пациент компетентен и в которых врач и персонал избегают навязывать ему собственные суждения. Приравнивание («эгализирование») больного и врача ведет к отрицанию реальности психической болезни и необходимого распределения ролей и функций. Поэтому подчеркивание ответственности пациентов отнюдь не означает ненормальной терпимости в больнице («все должно исходить от самого пациента», как, например, у A. Ploeger), отказа от директивных или дисциплинарных мер.

Описанные в западной литературе модели «терапевтических сообществ» с установкой «неограниченной терпимости» терапевта оказались в полной дезорганизации. S. Schirmer, K. Mueller, H. Spaete в 1974 г. сформулировали так называемые «Бранденбургские тезисы», пригодные для переструктурирования психиатрических больниц на основе переосмысленной концепции «терапевтического сообщества». Они включают: 1) рациональную реализацию принципа партнерства; 2) применение принципа демократического нахождения решений; 3) использование самоуправления больных.

*Принципы реализации концепции «терапевтического сообщества**.*

1. *Принцип партнерства.* Реализация принципа партнерства связана с изменением стиля общения персонала с больными, изменением исходной установки, определяющей тот угол зрения, под которым рассматривается больной. Предпосылкой служит преодоление одностороннего профессионального подхода к больному, который делает его *объектом* диагностических и терапевтических мероприятий, и формирование эмоциональных отношений с пациентом, основанных на понимании и принятии его как личности. Любое доминирование вне зависимости от того, проявляется ли оно в авторитарном стиле руководства или в чрезмерно заботливой, сочувствующей опеке, должно быть устранено как стесняющее собственную инициативу больного. Имеет значение сбалансированное соотношение самовыражения пациента и проявления им собственной инициативы с формами воспитатель-

ного воздействия «сообщества» больных, среднего медицинского персонала и врачей.

Эта новая ориентация требует от всех сотрудников, занимающихся лечением больных, новых форм поведения. Она выводит врача из ситуации терапевтической диады и делает необходимым его активное участие в социальной жизни отделения. В силу недостаточной подготовки в области психо- и социотерапии он не всегда чувствовал себя в состоянии удовлетворить требования неформальной социальной ситуации и обычно предоставлял эту важную сферу исключительно среднему медицинскому персоналу. Между тем ситуация среднего персонала, еще менее, чем врача, подготовленного к осуществлению своих функций в обстановке доверия к больному и сотрудничества с ним, оказывается особенно сложной. Потеря авторитарности, права на директивное осуществление режимных требований поначалу ведет к отчетливой неуверенности в социальном статусе персонала и порождает с его стороны упорные попытки вернуть утраченные командные позиции. Задача состоит в научении руководству больными *через больных.* Это достигается только в процессе практической работы на основе постоянного анализа ситуаций, складывающихся в коллективе, и конкретных способов их решения. Интенсивная подготовка и воспитательная работа с персоналом составляет, таким образом, решающую предпосылку рациональной организации терапии средой.

Центральным моментом в реализации принципа партнерства является достижение должной согласованности между целями персонала и целями больных, которые до сих пор нередко расходятся. Необходимость однозначного понимания целей работы и способов их достижения всеми медицинскими работниками, вступающими *в* терапевтические отношения с больными, очевидна. Организационной предпосылкой такого единообразия является объединение персонала, занимающегося одним и тем же больным, в *реабилитационную бригаду*.

А. Ploeger упоминает два частных искажения принципа «терапевтического сообщества»: 1) официально предписанные нормы дружеского поведения и откровенности (вследствие чего демократическая структура коллектива и свободное общение в нем оказываются простой видимостью); 2) «атмосфера развлекательного кружка» (которая полезна в курсе активирующей терапии, но не затрагивает сущности отношений, связывающих персонал с больными).

2. Принцип демократического нахождения решений. Этот принцип требует отказа от иерархической формы сообщения информации только сверху вниз, ставящей членов лечебного коллектива в подчиненные отношения. Иерархия членов коллектива и распределение в нем ролей определяется прежде всего пониманием дела, степенью осведомленности. Важные мероприятия должны разрабатываться и обсуждаться больными и персоналом совместно. Совместные решения могут быть правильно приняты лишь при оптимальной информированности персонала о процессах, протекающих в коллективе. Для повышения информированности врачей и персонала большое значение имеют неформальные контакты с больными на самых различных уровнях — во время совместных мероприятий культурно-развлекательного характера, в клубе и т. п.

Важная роль принадлежит организации «групповых обходов» (H. Wendt) как средству коммуникации, обучения и взаимной ориентировки. Такой обход осуществляется в форме группового собеседования врача со своими больными, которые располагаются кружком. Помимо экономии времени врача это дает возможность выхода за рамки изолированного рассмотрения отдельных «случаев» и наблюдения за отношениями больных между собой и с персоналом, а также своевременной коррекции этих отношений. Такая форма проведения обходов является важным вспомогательным средством организации терапии средой.

3. *Система самоуправления.* В основе — самообслуживание больных и самостоятельная организация ими быта и внутренней жизни коллектива. Основными органами самоуправления больных являются *общее собрание* и избираемый на нем *совет больных.* На собрании поощряются критические высказывания, обсуждается общественная жизнь коллектива, выполнение больными лечебного режима, дисциплинарные нарушения. Коллектив информируется о выписанных и поступивших больных. Составляются планы культурно-развлекательных и спортивных мероприятий, обсуждается их выполнение, отчитывается и переизбирается совет больных, который непосредственно руководит проведением общих собраний.

Совет больных организует культурно-развлекательные и спортивные мероприятия, представляет перед администрацией интересы больных и содействует персоналу в проведении социотерапии. Ему принадлежит важная роль в формировании неформальных групп больных и распространении на них такого влияния, которое побуждало бы их идентифицировать свои цели с терапевтическими требованиями. Эта работа требует тщательного руководства и поддержки со стороны лечебного персонала. Разумеется, неформальная структура коллектива не может быть всецело предоставлена компетенции совета больных. Внимание персонала должно быть направлено на предотвращение деструктивных групп, часто возникающих вокруг наркологических больных и психопатов с их антитерапевтическими целями. С другой стороны, важно своевременно выявлять пассивных, зависимых больных, занимающих в коллективе изолированное положение, и вовлекать их во взаимодействие.

В России при организации «терапевтического сообщества» исходят из теоретических положений А. С. Макаренко и разработанных им принципов воспитания «в коллективе и через коллектив». Исходя из его представлений, последний понимается как группа, в которой «межличностные отношения опосредуются общественно ценным и личностно значимым содержанием совместной деятельности» (А. В. Петровский), а сама совместная деятельность, объединенная общностью осознаваемых целей, рассматривается как опосредующая детерминанта поведения. Эти теоретические положения служат хорошей базой для разработки принципов формирования лечебного коллектива.

В отделении внебольничной психиатрии Института им. В. М. Бехтерева основу лечебного коллектива составляют так называемые *функциональные группы* больных (В. М. Воловик), которые соответствуют первичному коллективу в определении А. С. Макаренко. Деятельность этих групп, подчиненная формиро-

ванию у больных чувства взаимной ответственности и заинтересованности, определяется различными четко очерченными задачами самообслуживания и организации пребывания в стационаре. Задачи, выполняемые каждой группой, последовательно меняются так же, как и функции ее членов, которые поочередно выполняют обязанности руководителя группы. Качество и полнота выполнения каждой группой ее задач, реализация принципов коллективизма и конкретный вклад в ее деятельность отдельных членов ежедневно оцениваются самими больными на совещаниях коллектива.

Другой принципиальный вопрос организации лечебного коллектива связан с определением оптимального состава больных в стационаре. Различные авторы единодушны в том, что гомогенный контингент больных шизофренией слишком пассивен, зависим и не способен развить тенденции, необходимые для образования лечебного коллектива. Считается, что больные шизофренией в коллективах такого рода должны составлять не более половины. Рекомендуется включение психоорганических больных, которое повышает подвижность группы. Некоторые авторы отмечают преимущества сочетания больных шизофренией с невротиками.

11.3. ПСИХОТЕРАПИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

В медицине до сих пор отсутствует не только общепринятое определение психотерапии, но и единообразное истолкование самого этого понятия. Его объем в одних случаях беспредельно расширяется, охватывая всю совокупность психосоциальных воздействий, в других ограничивается каким-то одним методом психологического лечения. Для психиатрии в целом было характерно относительно широкое понимание психотерапии, в которое С. С. Корсаков, а позднее и многие другие русские психиатры включали не только словесные воздействия, но и средовые (лечебный режим, обращение с больными, влияние больных друг на друга), трудовую терапию, занятость и т. д. С узким подходом связано разделение понятий психотерапия и социотерапия. Последняя определяется как метод стимуляции социальной активности больных.

Как отмечает М. М. Кабанов, общая тенденция развития психотерапии заключается в изменении ее направленности от «нозологической» (установки на болезнь) к «антропоцентрической» (установке на больного человека) и далее — к социоцентрической (установке на связи человека с социальной средой). «Нозоцентрической» установке соответствовало преимущественное применение «симптоматической» или «симптомоцентрированной», главным образом суггестивной и поведенческой терапии; «антропологической» направленности — «рациональная психотерапия» Дюбуа и другие «личностно ориентированные» методы (недирективная психотерапия Роджерса, патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева). С возникновением «социоцентрической» направленности связано развитие методов групповой психотерапии. Появление каждого нового уровня не означало отрицания предыдущего и лишь ставило вопрос о клинической дифференциации психотерапевтических методов и рациональном их сочетании в рамках терапевтической системы. При этом параллельное применение методов, имеющих антропо- и социоцентрическую направленность, с симптоматическими методами может оказаться не только оправданным, но и полезным.

При психических заболеваниях место психотерапии во многом определялось представлением об их патогенезе. Авторы, стоящие на позициях психогенеза шизофрении, рассматривают психотерапию как решающий патогенетический метод ее лечения. Исследователи, считающие шизофрению органическим мозговым процессом, часто отводят психотерапии второстепенную роль. Но жесткое деление болезней на психогенные и соматогенные представляется далеко не всегда оправданным. Накопление данных о соотношении биологических и психологических факторов в патогенезе и проявлениях эндогенных психозов, углубление исследований личности позволили по-иному оценить учас-

тие личности в психопатологических процессах. Доказано, в частности, что и при эндогенных психозах отношения личности могут стать формообразующими в возникновении некоторых психопатологических состояний (как, например, синдром госпитализма, затягивание депрессий), а также служить решающим фактором в фиксации болезненных переживаний.

Стало общепризнанным, что отношения больного, существенные для его душевного состояния, для его связей с действительностью и жизненных позиций, определяются не только патологическими изменениями мозговой деятельности, но и факторами его социальной жизни, проходящими через призму его личности. Коррекция отношений и формирование адекватных механизмов психологической компенсации являются важными, порой решающими условиями достижения эффективных результатов лечения. И это придает психотерапии не только корригирующий, но в известном смысле и патогенетический характер.

«Точкой приложения» психотерапии, в отличие от биологических методов лечения, является не сам патологический процесс (хотя его зависимость от эмоциональных факторов и деятельности индивида бесспорна), а личность больного и система его отношений к действительности. В этом кроется общее и отличительное в психотерапии больных неврозами и психически больных. У первых она нацелена в большей мере на причину болезненного состояния, у вторых — на соучаствующие факторы и на повышение адаптивных возможностей. Однако и здесь для достижения цели решаются сходные задачи реконструкции отношений и укрепления социальных позиций личности.

Можно выделить два «центра тяжести» психотерапии и социальной терапии (В. М. Воловик, С. В. Днепровская, X. Вайзе).

1. «Центр тяжести» психотерапии. Терапевтические процедуры, направленные на социальное поведение больного, его коммуникабельность, способность к самореализации, к разрешению психологических и преодолению социальных конфликтов. Они охватывают, во-первых, психотерапевтические группы, в которых нарушенные способы поведения и переживания становятся непосредственно предметом обсуждения и сознательной рефлексии. Это — группы, фокусированные на конфликтной проблематике больных («конфликт-центрированные» группы). Во-вторых, сюда относятся терапевтические формы, в которых взаимодействия между больными опосредованы совместной деятельностью и переживанием (занятия художественными промыслами, совместное прослушивание музыки, рисование и т. д.). Это — группы, использующие тренировочные техники, игровые и творческие формы занятий (психомоторные, коммуникативные группы, арт- и психотерапии).

2. «Центр тяжести» социальной терапии. Оптимальная организация социальной структуры коллектива больных: совет и собрания больных, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т. п. Эти так называемые средовые группы (социально-терапевтические группы), ориентированные на социальную активизацию больных и их приобщение к жизни в обществе, служат тренировке общения и прививают больным навыки адекватного поведения в семье и на работе. Средовые (социально-терапевтические) группы обеспечивают постепенность перехода к внебольничным условиям.

Приведенное разделение групповых методов имеет в известной мере условный характер, что можно, в частности, проследить на примере коммуникативных групп. Активация и восстановление нарушенного общения больных в этих группах, с одной стороны, требуют тренировки и преодоления неуверенности в себе, выработки мотивации к общению, с другой — выявления и разрешения личностной проблематики, затрудняющей эффективную реализацию функции общения.

Следует подчеркнуть неразрывную связь между психотерапевтическими и социотерапевтическими формами работы, образующими единый комплекс мероприятий психосоциального спектра.

11.3.1. Клинические предпосылки групповой психотерапии и принципы ее дифференцированного применения

11.3.1.1. Функциональный диагноз

Групповая психотерапия назначается психотерапевтом, исходя из конкретных задач психологической коррекции, формирующихся на основе четкой клинической оценки характера патологических расстройств и особенностей психического состояния больного. Основным моментом является установление синдромально-нозологического диагноза, определение фазы психического заболевания, остроты состояния, тяжести продуктивных и негативных расстройств и актуальности психопатологических переживаний. Вместе с тем является общепризнанным, что синдромально-нозологический диагноз не содержит всей необходимой информации для рационального выбора методов психологической коррекции. Для правильного решения этой задачи необходимо знать, какие формы видоспецифической человеческой деятельности нарушены у больного и в каких сферах общественной жизни проявляется его несостоятельность или снижение его социальной компетентности. В связи с этим возникает необходимость *функциональной диагностики* психического заболевания, учитывающей иатодинамические, психологические и социальные факторы (Х. Вайзе, В. М. Воловик).

Патодинамический аспект (соматобиологический) функционального диагноза наряду с характеристикой активности и фазы патологического процесса включает такие индивидуально-биологические свойства, определяющие состояние компенсаторно-приспособительных процессов, как конституция, возраст, пол, реактивность организма, и в конечном счете отвечает на вопрос, *что и в какой мере нарушено болезнью. Психологический и социальный аспекты* охватывают психическую болезнь как модификацию переживания и поведения, взаимодействие между больным, социальными группами и обществом. Отражая формирование индивидуальной судьбы больного под влиянием преморбидной жизненной истории, свойств личности и ситуации на основе изменений, вызванных болезнью, психосоциальные аспекты должны показать, *у какого лица и при каких общественных обстоятельствах складываются констатируемые расстройства,* и обосновать (с учетом проводимой биологической

терапии) направления психологической коррекции и социально-приспособительной работы.

Психологический аспект характеризует личность больного: ее свойства, уровень ее развития, ценностные ориентации, структуру потребностей. На переднем плане находится при этом анализ трех сфер социальной компетенции (способности личности к эффективному взаимодействию с социальной средой): первую составляют *перцептивные способы* поведения — прежде всего способность к социальному восприятию, к охвату и оценке поведения и реакции партнера по коммуникации в значимых социальных ситуациях, таких как профессия, семья, партнерство; сюда относится и способность оценки собственного поведения с включением импульса обратной связи со стороны окружения. Вторую сферу представляют *продуктивные способы* поведения, то есть готовность к деятельности, способность реализовать в семье, профессии и обществе ролевое поведение, подобающее собственному лицу и социальной ситуации. Третья сфера — *рефлексивные способы* поведения — охватывает отражение собственного лица, представления о себе, формы переработки болезненного процесса и связанные с этим конфликты, защитные и компенсаторные механизмы.

Социальный аспект отражает существенные социальные связи больного, его место в семье, профессиональном коллективе и в других общественных группах, а также актуальные требования жизненной ситуации. Этот аспект значим по двум причинам. С одной стороны, компенсаторные возможности взаимосвязи с социальной ситуацией, то есть зависят от уровня интеграции личности в значимых социальных группах. Не только прогностические оценки, но и оценка реальной активности личности, содержания ее деятельности и ее направленности невозможны без учета конкретной социальной ситуации, в которой живет пациент. С другой стороны, квалификация социальной ситуации является предпосылкой для выбора реабилитационных мероприятий, в частности при хронических и затяжных формах психоза — приспособленных, защищенных условий жизни (жилье, работа, проведение свободного времени) в качестве промежуточной ступени или же субституции.

Вся эта информация, прошедшая через призму синдромально-нозологической оценки, становится исходным критерием для определения необходимости психотерапии и выбора ее отдельных методов. Таким образом, функциональная диагностика является важной составной частью клинического диагноза психического заболевания, существенно дополняющей синдромально-нозологический диагноз болезни.

11.3.1.2. Защитные и компенсаторные механизмы

Понятие «психологической защиты» было сформулировано в психоаналитической литературе и первоначально использовалось для обозначения комплекса глубинных психологических процессов невротического характера, направленных на устранение или ослабление «основного интрапсихического конфликта» между недифференцированными, архаичными, инстинктивными и зрелыми, сознательными установками, связанными с нормативными требованиями общества. Сторонниками психодинамического направления это понятие привлекается не только для объяснения отдельных психопатологичес-

ких явлений, но и для истолкования всего процесса развития психической болезни. Многие из сторонников «глубинной психологии» отошли от признания теории «либидо» и изучают защитные психологические процессы, обусловленные конфликтом в сфере осознанных противоречивых установок (G. Benedetti). По мнению Ф. В. Бассина, концепция «психологической защиты» отражает важную сторону психической деятельности, составляющую нормальный, повседневно действующий механизм адаптации к сложным жизненным ситуациям. С этой точки зрения «психологическая защита» понимается как процесс, направленный на снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения в случаях конфронтации определенных сознательных установок личности с противоречащими им осознанными и неосознанными установками.

Исследование механизмов психологической компенсации в психиатрической клинике является важным в силу того, что определение неэффективных форм «психологической защиты» служит отправным моментом в проведении различных форм психокоррекционной работы. Сказанное справедливо не только для лечения неврозов, при которых личностно ориентированная психотерапия имеет каузальный характер. При соматогенных психических заболеваниях (так же, как и в клинике некоторых соматических заболеваний) выработка адекватных форм «психологической защиты» является одним из существенных способов достижения социальной и психической адаптации. Для шизофрении это положение особенно актуально (Х. Вайзе, В. М. Воловик).

«В шизофреническом процессе, — писал Л. С. Выготский — нельзя рассматривать больного человека только как страдательное лицо. Надо рассматривать активную роль той личности, которая подвергается разрушительному процессу. И надо думать, что наряду со следами разрушения личности... мы найдем и противоположные следы, что эта личность будет как-то сопротивляться, видоизменяться, перестраиваться, что клиническая картина шизофрении никогда не может быть понята как непосредственно вытекающая из разрушительных последствий процесса, но должна рассматриваться и как сложная реакция личности на разрушительный для нее процесс». И далее: «Конституциональное направление в изучении шизофрении... было право, когда выдвинуло роль личности в течении болезни, но решительно неправо в том, что самую личность понимало неправильно, ставя биологическое понятие организма на место социально-психологического понятия личность». H. J. Weitbrecht в свою очередь подчеркивает, что целесообразнее ориентироваться на «еще существующее или могущее вновь появиться самовыражение пациента, занимающего определенную позицию», нежели рассматривать «шизофреническое состояние как полное преобразование образа существования человека». Значение этой установки H. J. Weitbrecht видит в том, чтобы, «опираясь на возможности больного... формируя, корригируя и выравнивая» его отношение к самому себе, проводить психотерапию и терапию средой.

Под влиянием одностороннего использования медико-биологической концепции этому «диалогу» между личностью и болезнью в психиатрии уделялось мало внимания. Личность больного большей частью рассматривалась как пассивная среда, в которой разыгрывается психопатологический процесс, а не

как активный субъект, от реакции которого в большей или меньшей мере зависит течение и прогноз заболевания. Одной из главных причин этого положения является то, что на передний план практической деятельности психиатров выступал острый психотический процесс, при котором активная роль личности действительно незначительна. Перемещение центра тяжести психиатрической деятельности на пре- и постпсихотические фазы, на реабилитацию и последующее наблюдение за больным, наконец, патоморфоз психических заболеваний, поставивший психиатрию перед новой ситуацией, выдвигают на первый план проблему личности, форм ее взаимодействия с событиями болезни, ее психологические защитные реакции и ее социальные взаимоотношения. От вида и течения этих сложных интрансихических и психосоциальных процессов зависит тяжесть проявления болезни и в еще большей степени социальная адаптация, а при определенных обстоятельствах и наступление психотической декомпенсации.

Представление об участии психогенных образований компенсаторного характера в клинических проявлениях шизофрении в основном берет начало от взглядов Е. Блейлера, выделившего первичные «физиогенные» симптомы и вторичные, развивающиеся как следствие «более или менее неудачных или также удачных попыток приспособиться к примарным расстройствам». В. Майер-Гросс специально остановился на формах взаимодействия между личностью и болезнью. Близких к нему взглядов придерживались H. Gastager и K. Schneider, которые отличали «вычленение» болезненных переживаний (элиминацию или вытеснение из содержания сознания) от «окукливания» (инкапсулирования психопатологического содержания сознания) и бредовой фиксации (связывания бредовых и реальных элементов переживания).

Во внешних проявлениях клинической картины эти неполные формы личностной переработки приводят к регрессивному или аутистическому поведению (без того, чтобы аутизм как психопатологический феномен трактовался психогенетически), к застывшему отождествлению с ролью больного и к снижению уровня социальной и трудовой реабилитации.

Процессы психологической компенсации (инкапсуляция, амальгамирование, вытеснение) и их влияние на социальное поведение не могут рассматриваться статически и зависят не только от патологического процесса. Нередко уже в острой стадии, а тем более в пре- и постпсихотических фазах развития обнаруживается реципрокность между фактическими отношениями реальности, их осмысленностью, личной и общественной значимостью, которые оказывают нормальное влияние, и разрушительным воздействием патологии. Чем более разнообразны и дифференцированы общественные отношения, глубже отождествление со сферами общественной жизни, тем больше оттесняется и регрессирует патологический процесс и его влияние, определяющее поведение больного (X. Вайзе, В. М. Воловик). Наблюдения H. Simon, а также эмпирические данные J. Wing показали, что тяжесть психопатологии обнаруживает прямую корреляцию с отрезком времени, на протяжении которого пациент не выполняет осмысленной работы. При этом, разумеется, личность представляет собой не пассивную среду между влиянием общества и болезнью, но своего рода систе-

му, в которой эти влияния преломляются и которая их активно формирует. Н. И. Фелинская выделяет две формы сглаживания аномальных свойств личности: при тормозимых формах психопатии сглаживание идет за счет активных компенсаций, то есть выработки вторичных характерологических особенностей; при психопатии типа возбудимых оно чаще происходит за счет пассивных форм компенсации, то есть приспособления окружающей среды. Процессуальные психозы структурно-динамически теснее связаны с базисными свойствами личности первого типа.

Такие признаки личности, как увлеченность, отождествление с общественными целеустремлениями, стабильные отношения с обществом и т. д., приобретают, таким образом, важное значение, поскольку они способствуют «успешному спору» с болезнью. Важная задача психотерапии состоит в том, чтобы диалог между личностью и болезнью не остановился слишком рано. Разумеется, встречаются хронические случаи, в которых стабилизация наступает на каком-то низком функциональном уровне. Однако причина этого, как указывает В. М. Воловик, не столько заключена в самом заболевании, сколько находится в зависимости от неблагоприятного преморбидного развития личности, отсутствия партнерских отношений, профессионального опыта и социальной изоляции. Такого рода изменения могут возникать и в процессе заболевания и иметь необратимый характер (развод, потеря детей, снижение социального статуса), создавая неблагоприятные условия «диалога» между болезнью и личностью. Становится также ясно, какое значение имеет негативная оценка психического заболевания со стороны общественных групп, все еще имеющая распространенный характер. Вот почему внутренние психические и внешние социальные условия, определяющие закономерности психологической компенсации, представляют собой важный предмет психиатрических исследований, которые подводят непосредственно к вопросам социальной адаптации.

Обсуждаемая проблематика требует соответствующей личностно-психологической концепции. В качестве возможных теоретических основ этих исследований могут быть названы теория установки Узнадзе, психология отношений В. Н. Мясищева и теория личности, основанная на психологии деятельности (Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев). При этом отправной точкой для теоретического обоснования сущности психологической компенсации могло бы быть, по мнению Х. Вайзе и В. М. Воловика, понятие социальной компетенции. Существенными для социальной компетенции свойствами личности служат коммуникабельность, способность к самореализации, к принятию решений и формированию адекватного представления о себе. При этом перцептивные образцы поведения проявляются прежде всего в форме контактности, продуктивные — в способности к самоутверждению и самореализации, рефлексивные — в собственном представлении о себе.

Ф. В. Бассин в качестве механизмов психологической защиты отметили ряд нормальных психических процессов: нейтрализацию эмоционального напряжения при переключении интересов личности на иную, более важную и значительную деятельность; замену нереализуемой установки на другую, доступную реализации; изменение отношений и снижение эмоциональной

значимости явлений. Эти механизмы составляют широкую основу для практики индивидуальной и групповой психотерапии и эмпирически уже давно использовались в системе патогенетически обоснованной психотерапии неврозов по В. Н. Мясищеву. В психиатрической клинике особое значение имеет исследование неадекватных форм психологической компенсации, которые приводят к приспособлению на сниженном или искаженном функциональном уровне.

На основе клинического опыта, исходя из упомянутой выше концепции социальной компетенции, Х. Вайзе и В. М. Воловик различают три типа расстройств, соответствующих неадекватным формам психологической компенсации.

1. *Нарушения перцептивного поведения* («мистификация действительности»), в особенности защита от информации о расстройствах собственного поведения и переживания, исходящей из окружающей среды в смысле обратной связи. До известной степени такой механизм как механизм защиты является вполне рациональным и приводит к стабилизации личности. Нередко, однако, защита от импульса обратной связи из окружающего мира достигает столь высокой степени, что собственное психическое нарушение и неправильное поведение не осознаются. Такое поведение очень скоро вынуждает окружающих применять корригирующие и нормативные воздействиям, что приводит к далеко идущей изоляции пациента в социальном пространстве, его исключению из интерперсональных отношений, сдвигу формирования собственной и внешней картины «Я» в направлении одностороннего и поэтому искаженного развития личности. Следствием является прогрессирующая потеря контроля над реальностью, недооценка фактической ситуации и квалификации собственной деятельности, положения на иерархической лестнице и т. п. Исследования таких больных с помощью психологических тестов показывают значительное совпадение между понятием о реальном и идеальном «Я», то есть высокую степень удовлетворенности и, наоборот, сильное расхождение между самооценкой и оценкой со стороны.

Отправной точкой для психо- и социотерапевтического тренинга служит главным образом интенсификация импульсов обратной связи с целью улучшения самовосприятия. Следует иметь в виду, что защитные механизмы относительно патологических явлений не ограничиваются пациентом, а распространяются и на его ближайших родственников, в особенности на родителей. Нередко у этих лиц, несмотря на тяжелое расстройство больных и нарушение внутрисемейного стиля взаимодействия и норм поведения, отмечается высокая степень удовлетворенности существующим положением. Анализ отношений этих семей с социальным окружением является важной задачей и необходим прежде всего для решения вопросов, связанных с семейной психотерапией. Без осознания нарушения групповых отношений с вытекающей отсюда необходимостью их изменения психотерапевтические усилия останутся в большинстве случаев бесплодными. Предпосылкой успешной коррекции переживаний семьи больного служит создание напряжения между понятиями реального и идеального (на основе их конфронтации) и, таким образом, формирование мотивации к лечению.

2. Нарушения продуктивного поведения. При сохраняющейся адекватности перцептивного переживания часто обнаруживается расхождение между понятием реального и идеального «Я» и совпадение самооценки с оценкой со стороны. Это означает во многом реалистическую оценку собственной личности и своего социального положения. Нарушена способность действовать, то есть диспозиция к продуктивному поведению. С этим, как правило, связана постановка эксцентричных нереальных целей, которые настолько далеко отклоняются от возможностей, что с самого начала исключают исходные точки деятельности. Эти эксцентрические аутистические жизненные установки могут рассматриваться одновременно как защитные механизмы по отношению к проблеме собственной значимости. При такой констелляции реабилитационные мероприятия должны быть ориентированы прежде всего на развитие целевых установок, соотнесенных с реальностью (то есть учитывающих возможности личности и ее социальную ситуацию), а также на тренировку активного поведения.

3. *Изменения представления о своей личности, расположения к рефлексии* выражаются преимущественно в затушевывании конфликтных сфер личности, маскировании фактической важности конфликтного переживания, в игнорировании связанных с конфликтов потребностей. Терапевтическое вмешательство должно быть здесь направлено прежде всего на улучшение самоэксплорации пациента, которой способствует обсуждение его переживаний и поведения в индивидуальных и групповых беседах.

Изложенные здесь в описании Х. Вайзе и В. М. Воловика порочные формы психологической защиты нуждаются в дальнейшем изучении, являются важными факторами в генезе многих психопатологических явлений, таких, например, как потеря побуждения, аутистическое поведение, эксцентричность, причем об их участии в этом патогенетическом уравнении, как заключают авторы, в лучшем случае возможны лишь гипотетические высказывания.

Значение учета названных механизмов связано не только с тем, что формирование многих из них не осознается и это затрудняет их выявление, но и с тем, что временное равновесие, создаваемое ими, блокирует образование здоровых адаптивных механизмов и возможности перехода больного на более высокий уровень социального функционирования. Отказ от мнимых, непрочных преимуществ неадекватной защиты и переход к более продуктивным формам психологической компенсации требуют от больного активной перестройки его значимых отношений, привычного стереотипа его поведения и поначалу являются болезненными. Это обычно порождает сопротивление, осознание сущности и происхождения которого больным оказывается необходимым этапом в достижении главных целей психотерапии (В. М. Воловик, В. Д. Вид).

Из очерченного круга вопросов вытекает существенное значение оптимальной организации лечебной среды и социальных отношений больного. Коррекция названных расстройств поведения, а также успешная проработка проблем, связанных с изъянами адаптации, решающим образом зависит от включения пациента в терапевтический коллектив и соответственно в другие социальные группы.

11.3.2. Структура групповых методов психотерапии и социальной терапии

Психотерапевтические и социально-терапевтические формы работы образуют единый комплекс мероприятий психосоциального спектра. В. М. Воловик, С В . Днепровская и X. Вайзе приводят следующую структуру групповых методов психотерапии и социальной терапии (схема 3).

Группы свободной вербальной дискуссии

Цель — осознание связи между особенностями собственной личности, содержанием психологического конфликта, привычными способами разрешения конфликтных ситуаций и трудностями межличностных отношений; достижение эффективных форм психологической компенсации и социального функционирования

Техника — неструктурированная дискуссия, направленная на разрешение конфликта. Группы закрытые и открытые, 6-8 больных

Группы проблемных дискуссий

Цель — конкретизация и уяснение значимой проблематики, коррекция отношений, усиление психологической компенсации и укрепление социальных позиций личности.

Техника — преимущественно вербальная — тематически центрированная дискуссия, включающая ролевую игру. Группы полуоткрытые, 8 человек

Группы творческой активности

Цель — пробуждение эстетического чувства, спонтанного самовыражения, налаживание эмоциональных контактов, организация психической активности.

Техника — терапия занятиями, арт- и музыкотерапия, психотерапевтический рисунок. Группы открытые, до 16 человек

Коммуникативные группы

Цель — активация и восстановление нарушенного общения, коррекция и оптимизация ролевого поведения.

Техника — литературный пересказ, игра, свободная импровизация диалогов и их обсуждение. Группы открытые, 8 человек

Психомоторные группы

Цель — эмоциональная и двигательная активация, налаживание коммуникаций, восстановление и тренировка экспрессии.

Техника — пантомима, групповые упражнения (ЛФК), «психогимнастика», ритмика, пластика и т.д. Открытые группы, до 16 человек

Средовые (социотерапевтические)группы: совет и общие собрания больных, «функциональные» группы самообслуживания, группы свободного времени

Цель — организация активности, развитие коммуникаций, тренировка социальных ролей.

Техника — организация быта и времяпрепровождения в стационаре в условиях разделения функций и взаимной ответственности

Тренировочные (обучающие) группы

Цель — систематическая тренировка адекватных стереотипов поведения и переучивание в условиях постоянного усложнения заданий.

Техника — поведенческая терапия. Группы закрытые, 8 человек

Схема 3. Структура групповых методов психотерапии и социальной терапии.

11.3.3. Дифференциация задач групповой психотерапии и соответствующих им методов

В. М. Воловик и В. Д. Вид выделяют несколько уровней задач групповой психотерапии и соответствующих им методов:

1) эмоциональная стимуляция, социальная активация и налаживание коммуникаций;

2) выработка адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях;

3) достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция отношений и оптимизация общения;

4) раскрытие содержательной стороны конфликта, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации.

Решению задач *первого уровня* наиболее способствуют: группы творческой активности, средовые (социотерапевтические) группы, психомоторные группы, пантомима и самые простые формы коммуникативно-активирующей терапии («литературный пересказ»). Здесь следует особо подчеркнуть групповые формы лечебной физкультуры, организуемой в виде спортивных занятий и игр различной степени сложности. У больных с выраженными апатоабулическими проявлениями она содействует не только расторможению моторики и повышению эмоционального тонуса, но и является наиболее простым средством восстановления взаимодействия. Групповые формы творческой деятельности представляют собой существенную базисную терапию. В этих группах ставится определенная общая групповая цель, причем более существенным для успеха терапии является не объект (предмет, музыкальное произведение), а общие переживания и взаимодействие больных. Дополнительной целью эти формы косвенной психотерапии имеют пробуждение культурных интересов и потребностей, развитие и углубление у больных эстетического чувства и способности к сопереживанию.

Для решения задач *второго уровня,* кроме названных методов, особое значение приобретает функциональная тренировка поведения. Этот метод разработан и применяется в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (В. М. Воловик) как система тренировочных занятий, оптимизирующих поведение больного в трудных для него ситуациях.

Третьему уровню соответствуют более сложные варианты коммуникативной психотерапии (с использованием свободной импровизации диалогов и игровых элементов) и проблемно ориентированные дискуссии в группах. В последних актуальная психологическая или социальная проблема, выдвигаемая больным, используется для структурирования занятия. При этом группа должна проявить понимание проблемы, выявить ее существенные аспекты и попытаться помочь больному найти ее конструктивное решение. За счет активного участия группы в обсуждении проблемы достигается более тесный контакт больного с реальностью, создается возможность правильно оценить свои установки и представления, понять свои проблемы на примере других. Это сопровождается снижением внутреннего напряжения и усвоением более эффективных форм поведения.

Наконец, применительно к задачам *четвертого уровня* используется методика свободных вербальных дискуссий, так называемые конфликтцентрированные группы.

Таким путем складывается определенная иерархия методов, каждый из которых имеет свой «спектр» терапевтических возможностей и которые в зависимости от показаний могут применяться последовательно, одновременно или избирательно. В целом становится доступным решению широкий круг задач психокоррекционной работы — от тренировки конкретных, относительно простых элементов поведения и налаживания межличностных отношений до изменения структуры отношений и реорганизации личности больных.

Чем сложнее задачи, которые решаются групповой психотерапией, и чем выше место в иерархии методов, которое занимают используемые техники терапии, тем строже требования, предъявляемые к формированию группы, и тщательнее отбор больных. В то время как применение методов психомоторики, музыкотерапии, различных форм творческой активности в группах показано широкому контингенту психически больных и может начинаться по мере снижения актуальности и разрыхления психотических переживаний, коммуникативно-активирующая, тематически центрированная дискуссия и, особенно, конфликтцентрированная психотерапия имеют все более сужающиеся показания. При этом коммуникативно-активирующие методы могут применяться на выходе из психоза, при хроническом течении малопродуктивных форм, при вялотекущих формах, резидуальных и стационарных психопатологических состояниях с преобладанием негативной симптоматики, в то время как конфликтцентрированную терапию можно вводить лишь при достаточной стабилизации психического состояния в ремиссиях, при некоторых мягких проявлениях психозов у больных с относительно сохранной приспособляемостью, а также при затяжных психопатологических состояниях, в генезе которых решающее место принадлежит ситуативно-личностным моментам.

В университетской психиатрической клинике в Лейпциге (X. Вайзе) выделяют шесть фаз лечебно-восстановительной работы с больными.

Первая фаза. Интенсивная биологическая терапия с привлечением больных к деятельности в пределах постели, использованием физиотерапии.

Вторая фаза. Соматобиологическая терапия, но уже при участии больных в различных социально-терапевтических группах — терапия совместной занятостью, спортивные занятия, ритмика.

Третья фаза. Полное включение в социально-терапевтическую программу: совместная занятость, трудотерапия, занятия психомоторикой, рисованием, коммуникативные группы, при определенных обстоятельствах — участие также и в группе проблемных дискуссий.

Четвертая фаза. Интенсивная соматическая терапия в основном завершается. Наряду с индивидуальной психотерапией и социотерапевтическими мероприятиями, начатыми в третьей фазе, на переднем плане стоит участие в разговорных психотерапевтических группах, клубе пациентов. Возможен переход на дневное или ночное лечение.

Пятая фаза. Участие в конфликтцентрированных группах и социотерапевтических мероприятиях. Центр тяжести перемещается на профессиональ-

ную и социальную реабилитацию в условиях ночного или дневного стационаров, которые в Лейпциге органически включены в структуру клиники и составляют часть ее стационарного отделения. Больной в этой фазе в основном возобновляет деятельность на своем рабочем месте, часто через этап щадящего труда, работы в защищенных условиях и т. д.

Шестая фаза. Последующая амбулаторная работа с больными, которая включает продолжение групповой психотерапии, психотерапию супружеских пар, участие в клубе пациентов, организованное проведение уик-энда и пр.

11.3.4. Методы групповой психотерапии психически больных

Из широкого комплекса методов групповой психотерапии психически больных ниже приводятся те из наиболее перспективных (по данным русской и зарубежной литературы), которые были отобраны, модифицированы и апробированы в Институте им. В. М. Бехтерева В. М. Воловиком, В. Д. Видом, С В . Днепровской и Т. В. Гончарской и которым на основе имеющегося опыта отдается известное предпочтение в связи с задачами восстановительного лечения больных. Их применение оправдано у больных малопрогредиентной шизофренией с непсихотическими и мягкими или абортивными психотическими состояниями, на выходе из психотического приступа, в периоде формирования ремиссии, а также при неглубоких депрессивных состояниях, при затяжных депрессиях эндогенной и реактивной природы.

Выделение отдельных психотерапевтических приемов и раздельное их описание имеют методический смысл. Однако в своей практической деятельности психотерапевту следует избегать искусственного противопоставления отдельных методов друг другу. Удельный вес каждого из них в индивидуальной программе больного бывает различен, и решающим в успехе является не догматическое соблюдение «чистоты» отдельных используемых методик, а гибкое, продуманное использование оптимальной для данного больного на данном этапе лечения комбинации психотерапевтических приемов.

11.3.4.1. Пантомима

Основу метода пантомимы составляет развитие невербальных компонентов общения и активации психомоторики. Двигательная экспрессия больных шизофренией в значительном числе случаев бедна изначально в силу преморбидных особенностей личности. Заболевание обычно еще более углубляет эти изменения. Содержательная сторона психомоторики может подвергаться процессуально обусловленным качественным искажениям. Такие искажения у больных шизофренией чаще формируются, однако, еще до манифестации заболевания, в ходе усвоения своеобразного, с чертами «инакости», невербального «языка» общения, который нередко, как показывают многие современные исследования, господствует в их семьях. В то же время бедность экспрессии, ошибки в опознании правильного значения отдельных ее элементов у окружающих затрудня-

ют общение и взаимопонимание больных шизофренией с другими людьми, а сознание свойственной им общей двигательной скованности в общении фиксирует болезненное ощущение своей социальной несостоятельности.

На занятиях пантомимой больные приобретают возможность тренировки свободного двигательного экспрессивного поведения, обогащения своего «языка» невербальной коммуникации и умения правильно понимать мимическую «речь» окружающих. Здесь же, благодаря непосредственной реакции группы, больной получает объективное подтверждение улучшения качества своего невербального поведения. Немаловажным является активирующий эффект групповых-занятий психомоторикой, что важно и при депрессивных состояниях. Повышая собственный эмоциональный тонус больного, эти занятия в немалой степени способствуют налаживанию положительных связей, формируют у больных чувство общности. На основе этих принципов становится возможным достижение трех основных целей этого вида терапии (В. М. Воловик, В. Д. Вид):

а) получение информации об отдельных элементах двигательной экспрессии и их коммуникативном значении, что улучшает качество социальной перцепции больных;

б) усвоение вновь полученных невербальных коммуникативных элементов, их активное воспроизведение в реальном общении с людьми, что повышает возможности общей социальной коммуникации больных;

в) тренировка свободного, непринужденного двигательного и мимического поведения, что способствует устранению чувства социальной несостоятельности.

Каждое занятие складывается из нескольких этапов.

1. «Разминка», основной задачей которой является «настройка» группы к переходу на невербальный стиль коммуникации. Это — элементы лечебной физкультуры, игровые эпизоды, отдельные ритмические этюды.

2. Психогимнастическая часть, длящаяся 30-40 минут. Психогимнастика ведется в трех основных направлениях.

1. Тренировка в воспроизведении основных групп эмоций. Больные пантомимически изображают поведение, например, при получении печальных или радостных известий; поведение в ситуациях, вызывающих изумление, озадаченность, презрение, сострадание и т. д. От больных ожидается максимально возможная выразительность, допускающая понимание переживаемого ими чувства другими. Этюды подвергаются короткому групповому обсуждению.

2. Освоение сложных экспрессивных форм поведения, не связанных первично с какими-либо эмоциональными состояниями. Часто используемые варианты: «ходьба против ветра», «ходьба по канату», танец с воображаемым партнером, движение сквозь чащу.

3. Тренировка невербальных компонентов общения. «Помириться с тем, кого обидел», «выбрать подарок и преподнести его», «один уговаривает остальных следовать за ним», «объяснение в любви» и т. д. Этюды подвергаются групповому обсуждению.

3. Тренировка социальной перцепции. Больным предлагается изобразить пантомимические символы каких-то достаточно абстрактных понятий, напри-

мер, изобразить какое-либо животное, время года, предмет, «путь к цели через препятствия», «борьбу с болезнью» и т. д. Если эти понятия задаются до начала этюда, то тренируются возможности двигательной экспрессии больного, а если они расшифровываются после выполнения этюда, то тренируются качество «перевода» данного понятия на язык пантомимы и навыки опознания окружающими значения пантомимического контекста. В первом случае, таким образом, становится важным оценить, насколько изобретательна, органична и содержательно точна пантомимическая экспрессия; во втором — насколько больному удалось сделать себя понятным окружающим, «разговаривая» с ними на невербальном языке.

4. Заключительная часть занятия. Проработка средствами пантомимы конфликтной личностной проблематики отдельных больных. В эту работу включаются лишь некоторые, достаточно дифференцированные больные. Проигрываемые здесь этюды носят улее не анонимный, отвлеченный характер. Сюжеты их обусловлены конкретными жизненными обстоятельствами данного больного. Они могут служить целям уточнения конфликтных зон, раскрытия содержательных элементов переживаний, например, темы: «какой я есть, каким бы хотел быть, каким видят меня люди», «как ведут себя по отношению ко мне родители или другие значимые лица», «воспоминания детства», «несбывшиеся мечты» и т. д. Иногда истинное эмоциональное отношение к проблеме, скрываемое больным в обычной беседе, становится очевидным, если больной использует пантомимические средства коммуникации.

11.3.4.2. Функциональная тренировка поведения

В отличие от приемов поведенческой психотерапии функциональная тренировка поведения (ФТП) не имеет целью непосредственное устранение психопатологических симптомов. Она представляет собой курс упражнений, оптимизирующих поведение больного, испытывающего чувство неуверенности и страх перед общением, в трудных для него ситуациях взаимоотношений с людьми. Такая тренировка способствует повышению уровня самоутверждения, получению более правильного представления о своих способностях в общении с другими людьми и тем самым улучшению социального функционирования во внетерапевтической среде (В. М. Воловик, В. Д. Вид).

Программа групповых занятий состоит из набора сцен или этюдов, содержащих элементы взаимодействия в различных сферах общения — на улице, в транспорте, общественных учреждениях, среди коллег, знакомых, с начальством и в семье. Один из участников взаимодействия, следуя заданной роли, должен проявить определенный уровень целеустремленности и уверенности в себе. Сложность роли, выполняемой главным действующим лицом, определяется характером заданного поведения второго участника взаимодействия: он может сразу выполнить просьбу, вести себя безразлично, либо отвечать категорическим отказом. В зависимости от поведения партнера главному действующему лицу приходится быть более активным, настойчивым, прибегать к расспросам, аргументации или даже к помощи других лиц. Если по сюжету главному действующему лицу приходится отказывать в чем-либо партнеру, то последнему предоставляется сразу согласиться с отказом, продолжать обращаться с просьба-

ми или категорически настаивать на своем. Программа занятий по ФТП, разработанная В. М. Воловиком, В. Д. Видом, С. В. Днепровской, Т. В. Гончарской, содержит перечень сюжетов, которые должны быть дополнительно ранжированы по степени трудности. Например, сюжет: в поезде ваше место оказалось занятым, вы просите его освободить. Сцена 1: место освобождают сразу. Сцена 2: место освобождают лишь после того, как вы начинаете настаивать на своей просьбе. Сцена 3: на все ваши настояния отвечают категорическим отказом. Место освобождают после вашего обращения к проводнику.

Переход к очередному сюжету возможен только после строго последовательной отработки отдельных сцен предыдущего сюжета в возрастающей сложности. В каждом случае этюд повторяется до тех пор, пока качество его исполнения каждым из участников не будет признано удовлетворительным. Перед тренировкой каждого этюда психотерапевт с котерапевтом или с одним из пациентов проигрывает заданную сцену, причем психотерапевт берет на себя роль человека, уверенного в себе, показывая группе пример (моделирование) реакции самоутверждения на данную ситуацию.

Решающим в успехе тренировки является стиль работы терапевта. Многое зависит от того, насколько правильно он будет пользоваться основными психотерапевтическими средствами — мгновенным подкреплением желательных элементов поведения и игнорированием нежелательных. Собственная мотивация терапевта к своему участию в занятиях должна быть столь высока, чтобы его поощрительные высказывания звучали для больного искренне. Содержание поощрительных высказываний не должно быть формальным, • в них перечисляются действительно удавшиеся больному конкретные поведенческие элементы.

Особенно трудным в проведении данной методики является устранение нежелательных элементов в поведении больных. Трудность эта связана с тем, что порицательная оценка со стороны терапевта является отрицательным подкреплением, способствующим фиксации на нежелательных элементах поведения, и поэтому не должна применяться. Терапевту предлагается игнорировать нежелательные элементы и активно подкреплять появляющиеся желательные. Например, если в этюде больной, здороваясь с кем-либо, смотрит в пол, не следует говорить ему: «Вы не смотрели в глаза собеседнику». Нужно, отметив то, что больному удалось, еще раз показать модельный этюд, а в устной инструкции подчеркнуть необходимость смотреть партнеру в глаза во время действия. Если после этого больной выполнит этюд надлежащим образом, в положительной оценке следует отметить прямой взгляд собеседнику.

Параллельно с основным курсом целесообразно проведение (еженедельно или один раз в две недели) непродолжительных групповых занятий, посвященных этапному подведению итогов курса, совместному обсуждению успехов каждого из участников. Дискуссия здесь ограничивается технической стороной функциональной тренировки поведения. Интрапсихические аспекты личностной проблематики больных (ФТП дает весьма богатый материал в этом отношении) целесообразно подвергать проработке в рамках вербальных групп и параллельного курса индивидуальной психотерапии.

11.3.4.3. Коммуникативно-активирующая терапия

Коммуникативно-активирующая терапия представляет собой сочетание психодраматических импровизационных элементов со свободной вербальной дискуссией. Основная цель ее — тренировка сложных стереотипов целенаправленного общения в ситуациях с неполной информацией относительно его результатов, с которыми человек преимущественно встречается при разрешении тех или иных вопросов в обыденной жизни. Содержанием занятий является проведение диалогов двумя участниками группы, представляющих импровизацию или чаще развитие начальной фразы, предложенной терапевтом или одним из подготовленных пациентов. Диалог имеет в основном три главные цели.

1. При недостаточной ясности особенностей нарушений общения больного диалог может нести *диагностическую функцию* (например, в случаях диссимулятивного поведения при сборе анамнеза) или способствовать уточнению основного направления психотерапии (например, отработка адаптивных форм общения или устранение дезадаптивных).

2. Психодраматический тренинг может выполнять *обучающую функцию.* В усвоении больным адаптивных форм социального поведения задача формулируется в зависимости от общей программы психотерапии. Это может быть отработка навыков ориентировки в сложной ситуации общения (например, быстро получить правильное представление об установках, интересах отдельных людей, особенностях их взаимоотношений с другими лицами и т. д.), или отработка чисто тактических навыков вербального общения (умение строить логически оправданную стратегию разговора, в котором нужно чего-нибудь добиться от собеседника, оперировать аргументами, демонстрировать взаимопонимание в действии и т. д.). В таких диалогах должны быть конкретизированы отношения партнеров и ожидаемый результат беседы, достижение которого служит главным критерием успешности проведения диалога.

3. Переучивание. В большинстве случаев, в особенности на начальных этапах использования методики, усвоение адекватных стереотипов поведения затруднено в силу наличия дезадаптивных, сложившихся у больного непродуктивных форм психологической компенсации, представляющих собой неудачные попытки справиться с трудностями общения. В основном здесь типичны тенденции к уходу от решения поставленных задач, попытки решения, предпринимаемые без учета позиции партнера. Стиль общения такого больного характеризуется ригидностью, однообразным использованием узкого репертуара неудачно подобранных вербальных приемов взаимодействия, значительным внутренним напряжением и двигательной скованностью, а неудача охотно используется им для отказа от дальнейших попыток решения поставленных задач. В таких случаях основной функцией психодраматического тренинга является переучивание, то есть устранение дезадаптивных форм поведения с заменой их на адаптивные. Существенным условием возможности устранения дезадаптивных стереотипов является появление критики к ним. Отдельные проявления дезадаптивного поведения, выявленные в диалогах, должны быть сформулированы для больного. Одновременно вводятся и подкрепляются психотерапевтом элементы адаптивных стереотипов, в выполнении которых больной должен тренироваться на последующих занятиях.

Сюжет диалога уточняется в индивидуальной беседе до начала группового занятия. В этих диалогах должны быть конкретизированы отношения партнеров и ожидаемый результат беседы, достижение которого служит главным критерием успешности проведения диалога. Ключевым моментом здесь является роль второго, «подыгрывающего» участника диалога. Его поведение должно быть запрограммировано не только в соответствии со смыслом общей задачи диалога, но и с планируемой степенью ее трудности. Например, партнер — «начальник», к которому обращаются с какой-то просьбой, должен знать, быть ли ему со своим подчиненным доброжелательно-либеральным, индифферентным или неуступчивым.

В начале занятия сам больной излагает в общих чертах суть предстоящего диалога. При этом психотерапевту важно убедиться в том, что задача, выполнение которой ожидается от больного, и критерии оценки успешности ее выполнения понятны группе. После этого приступают к диалогу. Весь диалог ведется в импровизированном порядке. Вопрос о том, кому и какими словами следует его начинать, решается в зависимости от намеченного сюжета и предусмотренного распределения ролей. В среднем 5-10 минут взаимодействия в диалоге дают достаточную информацию для суждения об его успехе и для анализа проблематики больного. За диалогом следует его свободное обсуждение всей группой. Желательно, чтобы в дискуссии стала ясна точка зрения каждого на то, удалось ли больному выполнить поставленную задачу, и если нет, то что этому помешало, а если да, то какой прогресс это представляет собой в лечении.

При использовании методики в работе по реабилитации больных с выраженными проявлениями процессуального дефекта возможно значительное ее упрощение. Начальные фразы диалога можно заранее сформулировать в письменном виде. Это облегчает уяснение его назначения. В качестве задачи участникам диалога может предлагаться просто поддержать разговор в течение определенного времени. Диалог может быть заменен пересказом каких-либо литературных текстов, рассказом о каких-либо интересных событиях, которые затем обсуждаются группой. В этом случае задача выступающего больного — заинтересовать группу сообщаемой информацией, подать ее в доступной остальным участникам форме, создать наилучшие условия для завязывания последующей дискуссии.

11.3.4.4. Метод проблемных дискуссий

Методика проблемной дискуссии имеет целью устранение искажений имеющегося эмоционального опыта и повышение возможностей продуктивной переработки новой информации, необходимой для формирования адекватной линии поведения. Суть методики заключается в том, что направляемый психотерапевтом определенный стиль обсуждения в группе и поведения ее членов, делающий возможным содержательное исследование значимых переживаний больного в непринужденной обстановке, приводит к постоянной интеграции в его сознании не принимавшихся до этого потребностей. В ходе терапии идет по существу учебный процесс более дифференцированного восприятия себя и окружающего, в результате чего больной оказывается в большей или меньшей степени

способным к конструктивному решению своих проблем. Занятие структурировано лишь темой, предлагаемой для обсуждения участникам группы и отражающей наиболее актуальную для них психологическую и социальную проблематику. От каждого члена группы ожидается максимально полное изложение собственной точки зрения по обсуждаемому вопросу, нахождение в ходе дальнейшего обсуждения конструктивного решения проблемы и, наконец, на завершающем этапе дискуссии — оценка активности и продуктивности участника в обсуждении проблемы.

Основное внимание в предварительной индивидуальной подготовке к занятиям уделяется изложению целей и принципов данной терапии. Больного ориентируют на добровольное изложение собственных значимых проблем при их свободном обсуждении в доброжелательной психологической атмосфере группы. Позиция психотерапевта при этом является недирективной. Он не дает больному определенных советов, конкретных рекомендаций, которых обычно ожидают от врача, он незаметно направляет обсуждение на формирование у больного способности к самостоятельному анализу и решению стоящих перед ним проблем (например, конфликтных отношений в семье или на производстве, неудовлетворенности осуществлением своих жизненных планов и т. д.). Терапевтическая результативность дискуссии тем выше, чем полнее стиль врача перенимается всеми членами группы. Основные требования к стилю поведения психотерапевта объединяются так называемой «триадой Роджерса».

1. *Эмоциональная вовлеченность и принятие больного.* Высказывания психотерапевта должны создавать у больного ощущение, что он не считает себя имеющим преимущественное право на оценочные суждения, а свои ценностные ориентации единственно верными. Психотерапевт серьезно заинтересован в помощи больному. Психотерапевт ожидает серьезного вклада в успех лечения со стороны самого больного, считая его духовно самостоятельным, поддерживает его право быть самим собой, уважает его личность вместе с присущими ему слабостями и недостатками. Эмоциональное участие психотерапевта не должно находиться в зависимости от ответной реакции пациента (возможно, негативной).

2. Аутентичность или естественность, отсутствие фальши в позиции психотерапевта. Поведение последнего должно всегда соответствовать его переживаниям и служить пациенту моделью для подражания, облегчающей раскрытие собственных переживаний.

3. *Эмпатия* (вчувствование). Ответы психотерапевта отражают принципиальное понимание чувств больного, он реагирует в том числе и на некоторые невысказанные непосредственно словами эмоциональные движения пациента, руководствуясь информацией, полученной невербальным путем. Психотерапевт старается точно улавливать и вербализовывать именно те эмоции, которые пациент только еще начинает осознавать. Эмпатичность психотерапевта в значительной мере способствует осознанию больным отдельных элементов своих переживаний.

Основным тактическим оружием психотерапевта является *вербализация информации,* полученной от больного. Психотерапевт в принципе воздерживается от директивных указаний, оценочных суждений, советов, интерпретаций. Его слова должны лишь точно отразить суть высказанной больным ин-

формации. При этом они не должны представлять собой простое повторение высказываний больного иными словами. Направленность вербализаций психотерапевта (не бросающаяся в глаза больному) выражается в том, что из аморфной, хаотичной словесной продукции пациента врач выделяет элементы объективной реальности: больной сталкивается со ставшим более ясным несоответствием своих установок окружающей действительности. Другой важной тактической характеристикой вербализации психотерапевта является положительное подкрепление самораскрытия пациента. Самостоятельное словесное формулирование проблем может способствовать их решению, позволяет больному в свободной от страха ситуации видеть собственные личностные структуры, ранее скрытые или искаженные эмоциональной блокировкой. Выражение психотерапевтом положительных эмоций, душевной теплоты в отношении переживаний больного ведет к появлению у него аналогичных ощущений, несовместимых с переживанием страха (индуцированный положительный эффект). Наконец, психотерапевт выступает как модель эффективного социального поведения и подкрепляет переучивание в использовании социальных навыков. Моделирование является основным приемом, направленным на формирование мотивации к конструктивному поведению. Несоблюдение требований, предъявляемых к качественным характеристикам поведения терапевта, может вести не только к неполному использованию заложенных в данной методике возможностей, но иногда и к снижению первоначально удовлетворительных результатов терапии.

11.3.4.5. Свободная вербальная дискуссия

Методика свободной вербальной дискуссии применяется прежде всего для раскрытия кардинальных личностных конфликтов и нахождения способов их разрешения. В этом смысле такая терапия может быть названа «раскрывающей разговорной психотерапией» («эксплорационной), а также «конфликтцентрированной» (В. М. Воловик, С. В. Днепровская, Х. Вайзе). Основная задача раскрывающей психотерапии состоит в выявлении и коррекции психологической личностной защиты, в том числе дезадаптивных установок, неосознаваемых больными, формирование у них способности к самостоятельному построению продуктивной жизненной линии. Под психологической защитой понимается процесс, направленный на снижение эмоциональной напряженности, сопровождающей конфликт, и предотвращение дезорганизации поведения в случаях столкновения определенных сознательных установок личности с противоречащими им (осознанными или неосознанными) установками — стремлениями, намерениями, влечениями и т. д.

Особое значение в психотерапии шизофрении имеет воздействие на патологические формы психологической защиты, которые могут проявляться особенностями поведения и реагирования. Расценивая эти особенности в качестве процессуальных симптомов, пытаются безуспешно добиться их устранения психофармакологическими средствами. При наличии стеничных черт в личности больного часто наблюдается негативное отношение к любым вариантам терапевтической интеракции и к медицине в целом. При этом отрицание заболевания, которое выглядит как отсутствие критики, может оказаться

лишь способом такой неадекватной «защиты». Иногда налицо тенденция отрицать именно душевный, психический характер заболевания (как наиболее постыдный и нежелательный с точки зрения распространенных представлений) и признавать наличие расстройств в социально более приемлемой, видоизмененной, соматизированной форме. Чаще, однако, больной занимает пассивную позицию по отношению к развивающемуся болезненному процессу, его социальная активность и здоровье, адекватные личностные тенденции подвергаются регрессу, формируется постоянная зависимость от врача, на которого нередко полностью перекладывается вся ответственность за ход событий. Так происходит фиксация в роли больного, затрудняющая эффективное лечение даже в соматической клинике и делающая невозможным активное сотрудничество с врачом и полное социальное восстановление в случае вялотекущего процесса.

Неадекватные и патологические формы психологической защиты являются, как правило, производными от фундаментальных личностных установок и функционируют в относительной автономии от психопатологических проявлений. С этим связано то обстоятельство, что они часто сохраняются и после устранения продуктивной психопатологической симптоматики биологическими методами. Известную автономность механизмов защиты от собственно психопатологических переживаний можно проследить на примере хорошо известных феноменов диссимуляции и рационализации болезненных переживаний, позволяющих больным успешно адаптироваться в обществе при наличии порой массивных бредовых построений, и, с другой стороны, на примере ипохондрической фиксации, столь частой на выходе из психотического состояния.

Наряду с защитой, направленной на проявления болезни как таковой, она может формироваться и по отношению к факторам, не находящимся в связи с болезнью. Большой трудностью здесь является то обстоятельство, что некоторые компоненты болезненных форм психологической защиты больными не осознаются. Так, часто могут не осознаваться истинное участие собственной личности в формировании конфликта, подлинная эмоциональная значимость конфликта, отождествление ряда социальных объектов с другими значимыми лицами и т. д. Болезненные формы защиты позволяют личности консолидироваться на сниженном уровне социального функционирования, иллюзорно восстанавливая ее психический гомеостаз.

Преодоление дезадаптивных форм психологической компенсации и усвоение больным адекватных объективной реальности установок далеко не во всех случаях сопровождается незамедлительным появлением продуктивного поведения. Иными словами, от правильного понимания сущности своих дезадаптивных защитных реакций еще далеко до первых активных шагов в направлении их устранения. Приближение последнего зависит от психотерапевтических усилий по формированию мотивации больного к самостоятельному продуктивному поведению — существенной заключительной процедуры методики.

Таким образом, основными задачами методики являются: всевозможное уяснение больными неэффективности используемых механизмов личностной защиты, формирование у них адекватных реальности установок (включая введение в сознание неосознававшихся ранее компонентов и преодоление сопро-

тивления больного) и выработка мотивации к осуществлению самостоятельного продуктивного поведения (В. М. Воловик, В. Д. Вид, С. В. Днепровская, Т. В. Гончарская). Коренным отличием данной методики от предыдущей является лежащий в ее основе принцип не глобальной коррекции познавательных процессов (как в методике проблемных дискуссий), а избирательный поиск неадаптивных защитных психологических реакций с последующей заменой их на более адаптивные.

Единственным элементом, структурирующим содержание группового занятия, является стиль поведения, предписанный участникам инструкцией. Больные свободно и откровенно говорят о своем состоянии и проблемах, стараясь не ограничивать высказывания о своем болезненном состоянии или психологических конфликтах в надежде, что они разрешатся сами собой, или из опасения оказаться несостоятельными в глазах окружающих. Существенным представляется действие внутригрупповой индукции — раскрытие переживаний одним из участников занятия нередко влечет за собой «цепную реакцию» подобных высказываний и со стороны других. Рассказ о себе не всегда является обязательным. Во многих случаях понимание собственной проблематики достигается на сходном примере других, и здесь эффективным может стать уже обсуждение не самой проблемы, а способов ее разрешения. Это закономерно ведет к снижению внутреннего напряжения и выработке свободных и более эффективных форм иоведения.

Важным моментом свободной вербальной дискуссии является преодоление сопротивления больного. Приемы, используемые для преодоления сопротивления, различаются в зависимости от его типа. Наиболее часто встречаются следующие типы сопротивления.

1. Отшучивание, использование юмора, иронии для искусственного уменьшения масштаба переживаний. При систематическом появлении таких высказываний обращается внимание больного на несоответствие его поведения психотерапевтическим целям.

2. Переадресование инициативы, стремление «подставить» другого в качестве объекта обсуждения. Этому противопоставляется обсуждение мотивации больного к лечению, поощряется его самораскрытие.

3. Ссылка на невозможность вербализовать переживания. Обсуждение временно смещается на анализ смежных тем, при этом всемерно подкрепляется вербализация больным своих переживаний. При недостаточном уровне последней проводится анализ соответствия позиции больного его терапевтическим устремлениям.

4. Уклончивый, неинформативный ответ. При этом допустимо деликатное, но прямое стимулирование адекватной вербализации (наводящий вопрос, просьба уточнить) и словесное подкрепление ее реализации.

5. Непродуктивное соотнесение с высказываниями других членов группы (согласие, несогласие, ссылки в плане ухода от решения поставленных проблем или неадекватного их решения). Подкрепляются продуктивные корригирующие высказывания других членов группы: при обсуждении целесообразно стремиться к тактичной «изоляции» данного больного от партнеров по непродуктивным соотнесениям во избежание раскола на антагонистические подгруппы.

6. Прямое отрицание больным реальности. При повторном использовании отрицания дискуссия направляется на демонстрацию больному несоответствия занятой им позиции целям лечения и наличие противоречия между реальностью и его утверждениями.

Авторы подчеркивают, что как проявления сопротивления опознаются психотерапевтом лишь те из приведенных выше вариантов высказываний больного, которые являются реакцией на попытки реорганизовать конкретные структуры дезадаптивной личностной защиты. Неверное опознание феноменов сопротивления приводит к тому, что психотерапевт может начать «ломиться в открытую дверь». Кроме того, само по себе преодоление сопротивления ни в коем случае не является самоцелью. Это лишь необходимая предпосылка для формирования адаптивных личностных установок. Недопустима ситуация, когда психотерапевт превращает процедуру преодоления сопротивления в пустое словесное «фехтование» с больным, забывая, для чего это, собственно, делается.

11.3.5. Принципы формирования терапевтических групп и организация групповой психотерапии

Чем меньше структурированы психотерапевтические занятия, тем больше спонтанной активности, творческого разнообразия, продуктивного взаимодействия должна проявлять группа, тем более гетерогенной она должна быть. Смешение по полу и возрасту, синдромально-нозологическая и личностно-типологическая разнородность облегчают преодоление пассивности, отгороженности, напряженности в общении, страха перед ним.

Включению в терапевтические группы во всех случаях предпосылается индивидуальная работа с больными, направленная на выработку мотиваций. Независимо от уровня мотиваций больной должен быть хорошо ознакомлен с целями его включения в ту или иную психотерапевтическую группу, с сущностью применяемых методов и правилами занятий. Иными словами, он должен хорошо понимать, что от него ожидается на занятиях и каковы условия участия в них, которым он должен следовать.

Общая недирективная позиция должна характеризовать врача во всех методиках групповой психотерапии как решающее средство соблюдения одного из основных принципов реабилитации — принципа партнерства — и как способа избегания пассивности больного со свойственной ему тенденцией к зависимой роли «реципиента». Отступление с позиций недирективности неизбежно переводит врача в роль советника, связывающего собственную инициативу больного. Однако, избегая директивности, врач постоянно контролирует процессы, происходящие в группе, и эффективно определяет направление обсуждения. Эти противоречивые требования к позиции психотерапевта в значительной мере удается удовлетворять, прежде всего, за счет искусства сделать свое руководящее вмешательство малозаметным для группы. С другой стороны, необходимая активность больных при сохранении недирективной позиции врача достигается ранжированной структурой самого содержания используе-

мых методик. Наибольшую структурированность имеет в связи с этим методика поведенческой терапии, где больной получает заданную от начала и до конца модель поведения, затем — методика коммуникативных групп, где поведение обусловлено задачей полученного диалога, далее — методика проблемных групп, где поведение определено дискуссионной темой, и, наконец, методика эксплорационных групп, где поведение регулируется общем стилем взаимодействия больных. При этом в рамках поведенческих групп решаются в первую очередь вопросы тренировки конкретных элементов социального поведения, в коммуникативных группах — выработка более сложных навыков, обеспечивающих эффективную «стратегию» общения, в проблемных — коррекция отдельных установок личности и в эксплорационных — раскрытие и разрешение более сложных жизненных конфликтов.

Курс занятий в группах пантомимы и функциональной тренировки поведения рассчитан на 8-10 недель при 3-4 занятиях в неделю, во всех остальных группах они продолжаются в течение всего срока пребывания больного в отделении (10-12 недель), причем в группах коммуникативно-активирующей терапии занятия целесообразно вести два раза в неделю, а в группах проблемной дискуссии и раскрывающей разговорной психотерапии — не реже двух раз в неделю. Продолжительность занятия во всех терапевтических группах не должна превышать 1,5 часов. Значительная степень структурированности программы поведенческой терапии делает желательным ведение ее в так называемой закрытой группе, все остальные методики целесообразно проводить в «открытых» группах при параллельной выписке больных и поступлении новых членов. Проблемные дискуссии допустимо проводить в средних по размеру группах (10-15 человек), остальные методы применяются только з малых группах (6-8 человек).

Организации описанных форм групповой психотерапии во всех случаях должно предшествовать формирование соответствующей терапевтической среды. Последняя, как говорилось выше, рассматривается в качестве решающей предпосылки всякой целенаправленной работы по реабилитации больных в условиях психиатрического стационара и охватывает два основных компонента — определенную терапевтическую установку и стиль поведения персонала и организацию лечебного коллектива больных, объединяемого сознанием общности терапевтических целей и подчиненного задачам социотерапии (М. М. Кабанов; В. М. Воловик, В. Д. Вид).

Успех психотерапии в немалой степени зависит от качеств личности самого психотерапевта. Как показывают экспериментальные исследования, не только интеллектуальный уровень психотерапевта играет решающую роль в успешности его профессиональной деятельности. Не менее важно для психотерапевта обладать гибкостью мышления, открытостью для нового опыта, душевным здоровьем, способностью к эмпатическому контакту.

Глава 12

ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

12.1. ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ - АЛЬТЕРНАТИВАТРАДИЦИОННОЙ ПСИХИАТРИИ

Гюнтер Аммон открывает свою книгу «Динамическая психиатрия» следующими словами: «История одного из человеческих меньшинств — психически больных — до сего дня остается историей предрассудков и бесчеловечности. Психическое заболевание все еще связано с негативным отношением общества, с изоляцией и пренебрежением. Общество избавляет себя от ответственности за своих психически больных сограждан, отсекая их от общества, лишая дееспособности, наказывая потерей социального положения, гражданских прав, свободы, достоинства и, наконец, забывая о них».

Вплоть до сего дня в психиатрии господствует нозологическая система Крепелина. Основой этой психиатрии является история болезни, а не история больного. Сам больной предстает на фоне нозологической единицы как деперсонализированный носитель болезни, что мало отличается от средневековых представлений о больном как персонализированном носителе злого духа или просто асоциальное™, когда психически больные заключались в тюрьмы вместе с другими асоциальными элементами. Защита общества от этого носителя становится доминирующим мотивом психиатрии. Возникает задача — защитить «народ» от болезни путем своевременной изоляции носителей болезни и воспрепятствования их размножению, то есть распространению болезни.

Особую значимость приобретает поэтому диагноз, который служит своевременной идентификации болезни и ее носителя и не дает никаких опорных пунктов для терапии. Психиатрическое учреждение тем самым является просто местом содержания, интернирования пациентов, приговоренных диагнозом к этому в большинстве случаев пожизненно.

Крепелиновская психиатрия, по убеждению Аммона, пронизана абсолютным терапевтическим нигилизмом. Крепелин до конца жизни категорически отвергал психодинамические механизмы. Психопатологический процесс для него недоступен пониманию по определению. Представление о пациенте как носителе болезни, догма о недоступности понимания его поведения, миф о неудержимо прогрессирующей нозологической единице, которая разрушает своего носителя, и неизвестная соматическая этиология, которая делает невозможной целенаправленную терапию, — все эти позиции являются, с точки зрения Аммона, выражением естественно-научной психологической защиты психиатра от жизненной действительности психически больного, которая позволяют ему установить между собой и пациентом непреодолимый барьер. Эти позиции выполняют для психиатра ту же функцию, что стены и решетки, которыми общество отгораживалось от человеческого меньшинства психически больных. Это отчетливо проявляется в преобладании диагноза. Диагноз решает, кто должен находиться в больнице,

а кто нет. Диагноз приобретает власть за счет того, что сам представляет стену, которая отделяет лишенного прав пациента от общества.

Аммон ссылается на глубокое социологическое исследование психиатрических учреждений в Германии, проведенное Гоффманом в 1961 г. Он описал больницы как «тотальные учреждения», служащие содержанию лиц, «относительно которых предполагается, что они не способны заботиться о самих себе и представляют — хотя и ненамеренную — угрозу для общества». Их тотальный характер проявляется в почти герметической изоляции от окружающего общества, или в ригидной регламентации ограниченного контакта с ним. Эта регламентация на границе с обществом соответствует регулированию почти всех проявлений жизни внутри тотального учреждения.

Решающим признаком этих учреждений является «фундаментальное разделение между большой управляемой группой заключенных, с одной стороны, и менее многочисленным надзирающим персоналом — с другой». «Заключенные» идентифицируются как таковые с помощью диагноза. Они живут в учреждении и имеют ограниченный контакт с внешним миром. Персонал, напротив, социально интегрирован и не привязан к учреждению в этом узком смысле. Между обеими группами существует большая, часто формально предписанная дистанция. В то же время между ними существует сильное аффективное напряжение. Каждая из обеих групп видит другую через призму узких, враждебных стереотипов. Персонал часто воспринимает заключенных озлобленными, замкнутыми и недостойными доверия, в то время как заключенные часто видят членов персонала высокомерными и подлыми. Персонал держится свысока и считает, что право на его стороне, в то время как заключенные чувствуют себя подавленными, более слабыми, достойными порицания и виноватыми.

Это напряжение перерастает в конфликт, поскольку персонал понимает свою деятельность как уход за людьми, которые не в состоянии адекватно выразить свои потребности и удовлетворить их в рамках обычных форм взаимодействия, в то время как заключенные на своем опыте постигают, что за уход персонала они должны заплатить унижением и оскорблением своего достоинства. Гофман расценивает позицию персонала как «прямые нападки на Я больных». Эти нападки осуществляются прежде всего во время поступления в больницу, которое в большинстве случаев демонстрирует все стороны активной деперсонализации нового заключенного, у которого отнимаются такие атрибуты личности, как социальная роль, одежда, собственность, интимность и т. д. Все эти атрибуты отнимаются так, как будто заключенный узурпировал их незаконно. И все это происходит во имя заботы о нем и в сознании служения этой заботе.

Гоффман описывает специфические техники обеих групп тотальных учреждений, используемые для избегания конфликта между ними. Заключенные учатся в ходе «моральной карьеры» формировать себя как пациентов. С помощью «вторичного приспособления» они подчиняются бюрократическим правилам учреждения. Персонал учится интерпретировать все моменты в поведении заключенных, не соответствующие бюрократическому регламенту учреждения, как подтверждение невменяемости заключенных, и тем самым вновь и вновь находить оправдание своему поведению. Результатом является, с одной стороны, полная инфантилизация заключенных, с другой, — чрезмерная ригидность ро-

левого поведения надзирающего персонала. Обе группы специфическим образом подчиняются тем самым структуре «тотального учреждения».

Аммон различает в этой динамике приспособления две тенденции. При благоприятном приспособлении пациенты подчиняются инфантилизирующему регламенту учреждения. Они учатся быть хорошими пациентами, примерно и «незаметно» следуют распоряжениям персонала, подтверждая тем самым, что его деятельность служит необходимой заботе о людях, которые не способны помочь себе сами. За это приспособление в учреждении они в конце концов награждаются выпиской, после которой, вне психиатрической больницы, оказываются во власти такой же ригидной системы требований приспособления. Часто поиск таких рамок вновь заканчивается госпитализацией, что служит персоналу подтверждением теории «шуба психического заболевания».

При злокачественном приспособлении возникает садомазохистская перепалка между пациентом и учреждением или персоналом. Эта садомазохистская перепалка с ее постоянной сменой агрессивно-провоцирующего протеста и пассивного подчинения связана для пациентов с психодинамически понятной вторичной выгодой от заболевания. Пациенты постоянно доказывают персоналу, что он не способен удовлетворить потребности пациентов, которые, в то же время, не могут без него обойтись.

Особенно отчетливой эта динамика становится при психотерапевтической работе с больными шизофренией. Как только этим пациентам в ходе терапии удается конструктивно и ответственно преодолеть свой инфантильный страх и архаическую потребность зависимости, они отвечают за этот успех выраженным саморазрушительным поведением, которое вновь демонстрирует терапевту или учреждению беспомощность пациента и которое должно их принудить вновь взять на себя заботу о нем. Большая опасность заключается в том, что концепция тотальных учреждений как места скопления недееспособных постоянно идет навстречу этой патологической динамике. Патологическая динамика в виде бессознательного синергизма постоянно ожидается персоналом и, тем самым, чаще всего провоцируется для подкрепления своей роли.

Благоприятное и злокачественное приспособления проявляют себя как две в основе своей однонаправленные формы «моральной карьеры» пациента. И «плохой пациент» является «хорошим пациентом», поскольку вносит свой вклад в практику патогенной динамики тотального учреждения и сокрытие ее от сознания участников. Бессознательная динамика приспособления в психиатрических учреждениях, делающая из пациентов больных, болезнь которых затем диагностируется, многократно описана. Главной проблемой необходимых перемен, с точки зрения Аммона, является то, что она коренится в структуре и рационализирующем понимании себя традиционной психиатрией.

Развитие фармакотерапии не устранило структурных проблем психиатрии, напротив, усилило и осложнило их. То обстоятельство, что с помощью медикаментозного лечения удалось сократить средний срок пребывания пациентов с 3-4 лет до 3-6 месяцев, оказалось частью порочного круга. Психофармакологические средства, с одной стороны, изменили атмосферу больших больниц, поскольку сделали в основном излишними такие механические средства ограничения, как смирительная рубашка и другие пыточные инструменты. Они

стали важной составной частью поверхностной «клинификации» старых больниц. С другой стороны, кратковременная выписка лишь фармакологически стабилизированных пациентов привела к огромному росту числа повторных госпитализаций. Возникающий в результате роста повторных поступлений усиленный приток больных все больше придает психиатрическим больницам характер главного перевязочного пункта на фронте, где большое количество остро заболевших в спешке возвращаются к жизни.

Аммон исходит из понимания того, что не общественность и ее предрассудки препятствуют реформе немецкой психиатрии в направлении гуманной и научной, то есть терапевтически действенной психиатрии, а концепция немецкой университетской психиатрии, а также установки учрежденческих структур, проявляющиеся в форме научных медицинских рационализации. Психиатрическую больницу в виде тотального учреждения и крепелиновскую психиатрию, основанную на деперсонализации больных и объективации их болезни, Аммон понимает как выражение бессознательной защиты от жизненной действительности психически больных. Эта защита проявляется в непреодолимой дистанции, которая возводится между больным и обществом или психиатром.

В качестве решающего инструмента для возведения этой дистанции Аммон признает стигматизирующий диагноз, который, с одной стороны, служит обществу для вычленения и интернирования больных, с другой, — традиционной психиатрии для мистификации ее реальных действий, то есть для сокрытия ее действительной практики во взаимодействии с психическими больными. Карл Меннингер постоянно подчеркивал это. Он писал, что такие обозначения, как шизофрения, невроз, душевное заболевание, психопатическая личность, напоминающие об охоте на ведьм, в действительности никому не понятны. Их использование скрывает лишь незнание или недостаточное знание. Он подчеркивал, что при диагностике, как и во всех остальных сферах контакта психиатра и пациента, следует анализировать и размышлять над значением поведения. Ибо психические заболевания, то есть ставшие непонятными формы поведения, которые приобрели патологическую автономию, не могут быть поняты и изменены в рамках ситуации, которая сама заинтересована в том, чтобы это поведение оставалось непонятным.

Отправным пунктом кардинальной структурной реформы психиатрии является поэтому, согласно Аммону, точный анализ того, как психиатр понимает болезнь пациента и как ведет себя по отношению к нему.

Фрейд исходил из того, что якобы непонятное поведение психически больных принципиально доступно пониманию. Предложенный им психоанализ является методом последовательной рефлексии бессознательной динамики межличностных отношений врача и пациента, попытки постепенного понимания с помощью анализа переноса и сопротивления искажений в поведении пациента. При этом психоанализ считает пациента априорно партнером по совместным усилиям. Пациент является не объектом, носителем болезни, а выступает как субъект в межличностной коммуникации, в которой в равной степени участвуют пациент и врач.

Тем самым основан метод, который сделал доступным сознанию бессознательный межличностный опыт. Высвободив пациента из роли объекта и по-

зволив ему войти в качестве личности в процесс лечения, Фрейд изменил также самовосприятие врача. Дистанцированный наблюдатель физиологических или биохимических процессов превратился в участвующего наблюдателя психической динамики. Это значит, что не только пациент вовлекается как личность в терапевтический процесс, но и врач становится как личность частью этого интерперсонального процесса. Тем самым была преодолена «медицинская модель» лечения больных, которая в психиатрии представляет, как пишет Аммон, «наивную репродукцию общественного предрассудка».

В то время как Фрейд применил этот метод лишь для исследования и лечения невротических заболеваний, считая, что душевные заболевания недоступны психоаналитическому лечению, психоанализ уже у его учеников вошел в психиатрическую практику. Среди этих пионеров следует упомянуть Салливена, разработавшего теорию и практику «терапевтического сообщества», Карла и Уильяма Меннингеров, которые создали новую, основывающуюся на психоанализе, психиатрию, назвав ее вместе с Францем Александером динамической психиатрией.

Проникновение психоаналитического метода в психиатрию имело своим следствием развитие дифференцированного спектра психотерапевтических методов лечения — от классического анализа до групповой терапии и терапии средой, которые не только могли способствовать более глубокому пониманию условий возникновения и динамики психических заболеваний, но и расширили возможности реабилитации и ресоциализации психически больных в невиданном до того размере. Открытие психофармакотерапии сделало возможной психотерапевтическую работу в случаях, считавшихся ранее безнадежными.

Психотерапевтическая работа, то есть расшифровка патологического поведения через осознание бессознательной динамики сопротивления и переноса имела следствием то, что неосознаваемая динамика межличностных отношений в психиатрических учреждениях сама должна была стать проблемой. Оказалось возможным распознать антитерапевтический характер иерархически-бюрократической структуры клиник и направить усилия по созданию «терапевтической среды», то есть лечебной ситуации, в рамках которой становятся доступными осознанию и изменению бессознательные конфликты пациентов. Целью при этом было постепенное превращение учреждений надзирательной психиатрии, служащих простому интернированию психически больных, в терапевтические инструменты, которые могли бы соответствовать новым знаниям о динамике психических заболеваний и которые могли бы не препятствовать психотерапевтической работе, а способствовать ей.

Обширные исследовательские проекты сделали доступными сознанию и изменению структуру и динамику психиатрических учреждений с помощью широкого спектра приемов, прежде всего инструмента участвующего наблюдения.

. Динамическая психиатрия смогла интегрировать в свою практику и самовосприятие результаты исследований ее собственной структуры и форм деятельности, так как она восприняла основные предпосылки психоаналитического метода: последовательную рефлексию бессознательных процессов переноса, которая вынуждает психиатра постоянно перепроверять и подвергать ревизии свою позицию относительно больного, учреждения и коллег, свои соб-

ственные чувства, страхи, предрассудки и т. д. Иначе он не может помочь пациенту осознать мотивы своего поведения, от которого он страдает.

На основе такой установки, полностью ориентированной на потребности терапевтической работы, развиваются практика и концепция динамической психиатрии. В соответствии с этим вся клиника понимается и организуется как терапевтическая среда, и в лечебный процесс вовлекается вся бригада учреждения. Чтобы представлять собой терапевтическую среду, такая бригада требует основательной, прежде всего, групподинамической и психотерапевтической подготовки. Эта работа является абсолютно приоритетной.

Как уже указывалось, антитерапевтический характер «тотальных учреждений» коренится не только в их организации, но прежде всего в самовосприятии и поведении персонала. Задача состоит в изменении антитерапевтических структур, в превращении надзирательного учреждения в терапевтически действенную среду. Работа с персоналом имеет поэтому абсолютное предпочтение.

Когда Салливен основал в 1930 г. специализированное отделение в Мэриленде (США), он начал с того, что уволил весь персонал. Затем сформировал группу сотрудников преимущественно из бывших пациентов и тех медработников, которых он сам обучил. С помощью этой группы он смог в своей «терапии средой» и психотерапевтической работе, прежде всего с шизофренно реагирующими пациентами, добиться выдающихся успехов.

При основательной перестройке трех больших психиатрических клиник в штате Канзас (США) Аммон убедился в необходимости увольнения большой части персонала и последующей работы с оставшейся группой и вновь пришедшими сотрудниками в форме интенсивной групповой динамики, чтобы изучить и корригировать прежде всего представление персонала о том, что является психическим заболеванием и как его нужно понимать. Эта работа с персоналом, которой придавалось поначалу преимущественное значение по сравнению с работой с пациентами, очень быстро показала свою результативность, поскольку от изменения установок персонала получали опосредованную пользу и пациенты.

Структура психиатрической клиники охватывается лишь очень поверхностно, если анализ производится на уровне организационных вопросов. Ее ядро заложено в основном в бессознательной динамике межличностных отношений, в которых представлены институциональные структуры. Особое значение должно поэтому придаваться обучению персонала, в особенности молодых психиатров.

Анализируя деятельность традиционных психиатрических больниц, Аммон пришел к выводу, что в их структуре общественное предубеждение против психически больных повторяется в бессознательной динамике приспособления. В этом смысле субкультура психиатрической больницы представляет собой слепок общества. Микросоциум психиатрических больниц не просто отражает бесчеловечность и иерархически-авторитарные черты общества в целом, не только пассивно следует динамике общества, но чрезвычайно активно участвует в воспроизведении болезнетворных условий жизни.

Антитерапевтическая динамика общественных предрассудков проявляется не в форме абстрактной динамики, для ее конкретизации необходимо реальное, осуществляемое людьми, принуждение. Пациенты длительно обороняются

против этого принуждения, развивая при этом чрезвычайно творческую гибкость, утрачиваемую лишь постепенно. Эта защитная стратегия формирует важный аспект «вторичного приспособления» к больничному распорядку. Поэтому, с точки зрения Аммона, опасен и неверен вывод, которого придерживаются некоторые представители «социальной психиатрии», о том, что изменению ситуации в психиатрических клиниках должны предшествовать коренные перемены в общественной ситуации, причем предполагается, что условия изменившегося общества в целом автоматически отразятся на психиатрических учреждениях. Социально ангажированная и ответственная психиатрия должна иметь задачей изменение общества там, где она с ним встречается, то« есть в больших психиатрических больницах.

Аммон сформулировал альтернативные традиционному психиатрическому подходу основные позиции динамической психиатрии:

1. Предубеждение относительно невозможности понять психическое заболевание динамическая психиатрия заменяет представлением о том, что психопатологическое поведение даже при тяжелом психическом заболевании может быть понято и доступно терапии как форма реакции на ставший бессознательным опыт раннего детства.

2. На место суженного понятия болезни традиционной психиатрии динамическая психиатрия ставит концепцию многофакторного генеза психической болезни и понимает патологию как выражение и результат патогенной динамики, в которой взаимодействуют психические, соматические и социальные факторы.

3. Программа лечения динамической психиатрии основана на модели психоанализа. Поэтому терапия вовлекает бессознательное прошлое, актуальное и возможное будущее социальное поле пациента. Она в принципе работает с сопротивлением и переносом.

4. Целью терапевтической программы является компенсаторное развитие Я пациента. Центральным инструментом лечения является терапевтическая среда клиники, которая в качестве «облегчающего окружения» принимает и стимулирует здоровые компоненты личности пациента, предоставляя ему возможность проработки конфронтации со своим заболеванием.

5. Терапевтическая среда клиники складывается из большого числа различных терапевтических ситуаций: от классического анализа, интенсивной психотерапии не на кушетке, аналитической групповой терапии до невербальных терапевтических ситуаций, предоставляемых аналитической терапией средой.

6. Предпосылкой успешной интеграции этого многообразия терапевтических ситуаций является вовлечение всего персонала в терапевтическую работу в качестве вспомогательных терапевтов.

7. Психиатрическая клиника может предоставить терапевтическую среду, позволяющую пациенту отреагировать бессознательные конфликты и тем самым сделать их доступными наблюдению и интерпретации.

Намеченная этими семью пунктами программа динамической психиатрии нигде еще в масштабе немецкого общества не была реализована, в том числе и в США, где наряду с прогрессивными клиниками все еще существует большое число психиатрических учреждений, про которые Карл Меннингер говорил: «Безнадежный пациент — легенда. И все же 80% государственных больниц

держатся за эту легенду, ибо содержащиеся там больные вообще не получают никакого лечения».

На фоне трудностей, которые испытывает немецкая психиатрия, есть еще один аспект, на который указывает Аммон — проблема профессиональной идентичности. Для большинства недостаточно подготовленных психиатров взгляд в бессознательную динамику их отношений с больными связан с чрезвычайной нарциссической болезненностью; им приходится признать, что их подготовка недостаточна для глубинно-психологической работы с больными, что ставит под вопрос их профессиональную идентичность. Они должны кроме того признать, что им нужно значительно больше времени для работы с больными. Ибо без ежедневного контакта между терапевтом и пациентом по меньшей мере 20 минут не может состояться психотерапевтическая работа.

Психоаналитическая работа в психиатрической клинике все еще связывается с представлением о том, что психоаналитический метод ограничивается техникой стандартного лечения неврозов на кушетке. Это неверно. Психоаналитический опыт и метод входит в психиатрическую практику тем, что создается интегрированный спектр терапевтических ситуаций (прежде всего за счет групповой работы и дополнительных форм терапии средой), который в целом формирует психотерапевтическую среду. Психиатр с психоаналитическим образованием обсуждает здесь с пациентом неформальным образом его переживания и помогает ему понимать их. При этом он распознает бессознательный перенос, но почти не интерпретирует его — для пациентов со слабым Я поведение, которым терапевт выражает понимание, часто более значимо, чем вербальная интерпретация. Очевидно, что такая работа возможна лишь когда терапевтическая среда в целом структурирована так, что перенос и сопротивление не увязаны с процедурными рамками стандартной ситуации психоанализа.

В Германии эти познания начинают постепенно распространяться. Признаком этого является растущее число «терапевтических сообществ» в целом ряде психиатрических больниц и клиник. На смену психиатрическому офицеру крепелиновской эры, к ритуальному обходу которого больные выстраиваются как на парад, в то время как персонал следит за спокойствием и порядком, приходит психотерапевт, который последовательно и надолго предоставляет себя в помощь и распоряжение больного и поэтому с большим правом может называться терапевтом.

12.2. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Основные положения динамической психиатрии наиболее ясно и последовательно изложены в статье Марии Аммон «Теория и практика динамической психиатрии».

1. Теоретические и практические источники динамической психиатрии. Динамическая психиатрия, ввезенная в Германию из Америки и получившая дальнейшее развитие Гюнтером Аммоном, имеет следующие теоретические и практические источники: 1) психоанализ Фрейда с его базальными понятиями бессознательного, переноса, контрпереноса и сопротивления,; 2) эго-психология с такими ее понятиями как «бесконфликтная область Я», эго-функции, с ее десексуализированным пониманием энергии; 3) школа объектных отношений; 4) теория систем; 5) групповая динамика.

2. **Агрессия как конструктивная сила человека.** Развитие собственной теоретической концепции начинается у Аммона с новым определением «агрессии», которую он понимал как конструктивную силу, как Я-функцию личности, как «колесо человеческой жизни и творческой деятельности». Таким образом, он отошел от фрейдовского понимания влечений, хотя в 1970 г. он еще говорил о генитальной агрессии как силе, поддерживающей влечение к жизни. В последующем он все больше и больше связывал Я-функцию агрессии с групповой динамикой. Первоначально конструктивная агрессия, присущая каждому человеческому существу, может превращаться под влиянием группы в деструктивную или дефицитарную. Таким образом, агрессия становится центральным моментом в развитии личности и это развитие зависит от здоровой или больной динамики окружающей группы. Согласно Аммону конструктивная агрессия выступает как креативная сила тогда, когда человек освобождается от раннего детского симбиоза с первичной группой, обретая свою идентичность, свободную от чувства вины и страха. Следовательно, конструктивную агрессию надо рассматривать в связи с центральной Я-функцией креативности.

3. **Бессознательное как резервуар креативных сил личности.** Так же по-новому, в отличие от Фрейда, было определено бессознательное. Теперь оно рассматривалось как вместилище креативных сил человека, как потенциал формирующихся и сформированных Я-функций личности.

4. **Гуманструктурная модель.** Начав с этого нового подхода в понимании агрессии и креативности и по-новому определив бессознательное, Аммон развил собственное понимание личности, представив это в 1976 г. как «гуманструктурную модель». Он рассматривает гуманструктурную модель как отражение энергетических, динамических, структурных и генетических процессов. Гуманструкту-

ра представляется как сплетение первичных, вторичных и центральных гуманфункций (Я-функций). Первичные гуманфункции включают все биологические и нейрофизиологические сферы человека. Вторичные гуманфункции обеспечивают «функциональную поддержку личности», они определяют поведение человека и в основном являются сознательными. Сердцевину личности составляют центральные гуманфункции, которые являются бессознательными. К ним относятся агрессия, креативность, сексуальность, нарциссизм, страх, границы Я и др. Гуманфункция идентичности особенно важна. Она приводит в движение все гуманфункции, интегрирует их и связывает их между собой. Следовательно, в целом, идентичность означает личность человека.

5. **Конструктивное, деструктивное или дефицитарное выражение гуманфункций.**

Все гуманфункции связаны друг с другом как в области сознательного, так и бессознательного. Они могут развиваться конструктивно, деструктивно или дефицитарно, что зависит от социоэнергетического поля окружающей группы. Эти процессы развития интернализуются в раннем детстве и существенно определяют структуру бессознательного.

6. **Измерение гуманфункций с помощью Я-структурного теста Аммона (ISTA).**

С помощью Я-структурного теста (ISTA) гуманфункции агрессии, страха, нарциссизма, сексуальности и отграничения Я могут быть измерены в их конструктивных, деструктивных и дефицитарных выражениях. Полученный профиль личности, который, таким образом, может быть оценен индивидуально для каждого пациента, может быть использован для диагностических целей, для понимания личности и для выработки лечебной программы.

7. **Концепция здоровья и болезни.**

Болезнь рассматривается как дезинтеграция гуманфункций с их дефицитарными и деструктивными проявлениями. Аммон называет это «дырой в Я». Все тяжелые преэдипальные психические болезни обнаруживают дефицит в структуре Я, или «дыру в Я», которая заполняется различной симптоматикой. Здоровье понимается как выражение конструктивных и позитивных функций Я. Здоровье и болезнь можно представить как точки, расположенные на одном континууме: Аммон говорит о «скользящем спектре архаических Я-болезней».

8. **Социальная энергия вместо либидо.**

Развивая собственную концепцию энергии, а именно социальную энергию, детерминированную групповой динамикой, Аммон отказался от биологически детерминированной теории либидо Фрейда. Аммон понимает социальную энергию как силу, которая всегда возникает при взаимодействии людей и которая зависит от соответствующей групповой динамики. «Социальная энергия возникает при контакте, обсуждении и спорах, переживании безопасности, надежности, любви, потребности в активности и идентичности... и она выражается во всех сферах гуманструктуры» (Аммон, 1982). В зависимости от того, как организовано межличностное групподинамическое

пространство, социоэнергетическое поле может быть конструктивным, деструктивным или дефицитарным, и оно может быть интернализовано в Я-структуру.

9. **Многомерный образ человека.**

Аммон постулирует многомерный целостный образ человека, в котором тело, разум и душа составляют одно целое. Болезнь всегда рассматривается как возможность человека. Человек рассматривается в его этическом и философском значении. Так, Аммон говорит: «Целостный образ человека имеет много сторон: креативность, время и переживание времени, болезнь, работа и деятельность, андрогиния, тело и телесные ощущения, религия в самом широком смысле».

Многомерное понимание человека является теоретической основой для многомерной концепции диагноза и лечения.

10. Многомерный диагноз.

Многомерный диагноз основан на спектральной концепции болезни и здоровья, когда человек не рассматривается с точки зрения его симптомов или диагностических ярлыков. Аммон говорит также о так называемом «диагнозе здоровья», то есть психологическое и биологическое обследование обязательно включает здоровые части человека, например, его способности, интересы, телесное здоровье, навыки и интеллект, а также его переживания в жизни и его отношения в группах. Диагностика включает также подробное интервьюирование пациентов и их семей, соматическое и психиатрическое обследование и психодиагностические методы тестирования.

11. Терапия идентичности (работа с гуманструктурой).

Что касается метода лечения и практической психотерапевтической работы, динамическая психиатрии решает две проблемы.

1. Поиск психодинамического понимания терапевтического доступа к так называемым некурабельным пациентам. По Аммону, это пациенты с архаическими болезнями Я, включая все формы шизофрении, бордерлайн-синдром, психосоматические заболевания, депрессию, наркоманию и другие.

2. Создание групподинамического социоэнергетического поля для проведения гуманструктурной психотерапии, в сущности, терапии идентичности.

Динамическая психиатрия рассматривает пациента как человека, наделенного своими правами, и апеллирует к здоровым ресурсам его личности. Таким образом, работа с гуманструктурой является центральным моментом терапии, которую следует понимать как терапию идентичности. Эта терапия предполагает постижение бессознательного ядра личности и изменение и развитие дефицитарных и деструктивных частей личности в конструктивном направлении для обретения идентичности. Имеющиеся конструктивные части личности рассматриваются как «готовность к идентичности» и как «мост к контакту».

12. **Холистическая (многомерная) концепция терапии.**

Динамическая психиатрия понимает человека в его целостности. Это подразумевает его поведение, выражение лица, манеру говорить, позу и жестикуляцию, одежду и внешность, интеллектуальные интересы и возможно-

сти, его эмоциональность, потребности и желания, а также расстройства и актуальную групповую динамику. Следовательно, первая встреча пациента и терапевта играет важную роль. Болезнь понимается Аммоном как «неудавшаяся попытка освобождения посредством депрессии, психосоматики, деструктивной агрессии и сексуальности, вплоть до психотических реакций и бегства в алкоголизм и наркоманию; многомерность деструктивных попыток освободиться от сознательных и бессознательных ограничений». Болезнь также понимается как временная потеря равновесия и как дезинтеграция многомерности.

Холистическая и многомерная концепция человека ведет к многомерной концепции лечения, стремящегося к интеграции и развитию. Спектр невербальных и вербальных терапевтических методов, базирующихся на социоэнергетическом групподинамическом понимании, представляет собой многомерную терапевтическую сеть. Все групподинамическое и социоэнергетическое поле служит лечению. В клинике динамической психиатрии вся команда, включающая медицинских сестер и нянь, социальных работников, психотерапевтически подготовленных психиатров и психологов, администрацию и работников кухни, интегрирована в лечение как социоэнергетическое поле. Метод лечения включает индивидуальную и групповую терапию, групподинамическую терапию средой (мильотерапию), а также такие невербальные формы терапии, как гуманструктурный танец, различные виды арттерапии, спортивную терапию, верховую езду и группы по интересам.

Экстрамуральная терапия стационарных больных проводится в мильотерапевтических группах в центре динамической психиатрии в г. Пестуме (Южная Италия) и служит преодолению сопротивления, которое часто возникает при интенсивном лечении стационарных больных. В то же время эта терапия нацелена на усиление эго, дает возможность попробовать свои силы («эго-мускулы») перед тем как выйти за пределы психотерапевтической среды в реальный мир.

Для каждого пациента разрабатывается индивидуальная терапевтическая программа, учитывающая структуру его личности. Клинические разборы («case-conference») представляют момент интеграции многомерной концепции лечения. Через определенные промежутки времени различные терапевты, принимавшие участие в лечении пациента, обобщают его психические, физические и интеллектуальные изменения и изменения структуры его личности. Вместе с пациентом они обсуждают дальнейшие терапевтические цели и возможности. Большой сбор всех пациентов и сотрудников («Grossgruppe») представляет всю терапевтическую сеть клиники и отражает еще один аспект интеграции каждого индивида в жизнь клиники.

13. **Эффективность терапии.**

Эффективность терапии зависит от того, сколько социальной энергии может обеспечить терапевтическая команда. Это связано с тем, что при лечении пациента с архаическим заболеванием Я терапия не ограничивается воздействием одного терапевта, а несколько терапевтов формируют социоэнергетическую среду, окружающую пациента. Групподинамическая работа с командой, супервизия, ежедневные собрания команды, но главным образом

обучение команды и квалификация являются существенными для эффективности терапии. Терапевтической задачей, целью динамической психиатрии является терапия идентичности и гуманизация, что означает, во-первых, что человек может снова развивать способность устанавливать контакт с самим собой и с другими людьми. Во-вторых, это означает, что нужно усилить креативные и интегративные силы и отделить их от деструктивных и дефицитарных черт личности, прежде всего, от деструктивной агрессии, деструктивного страха и деструктивного нарциссизма, что Аммон называл «треугольником сопротивления».

Для стойкого эффекта терапии стационарных больных большое значение приобретает поддерживающая терапия. С этой целью практикуются различные формы амбулаторной терапии, целью которой является рост идентичности человека, а не интеграция в общество в смысле конформизма, на что часто нацелены реабилитационные мероприятия.

12.3. ГУМАНСТРУКТУРОЛОГИЯ (СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ)

Аммон дает новое определение агрессии как конструктивной и креативной силы и через это он отходит от фрейдовского понимания влечения и развивает собственную теоретическую концепцию. Агрессия — одна из функций Я, и ее развитие связано с групповой динамикой, то есть с межличностными отношениями. Каждому человеку изначально присуща конструктивная агрессия, но она может превращаться в деструктивную силу под воздействием деструктивной групповой динамики. Агрессия рассматривается как принцип изначальной направленности человека на окружающий мир, как любопытство и интерес к людям и предметам.

Развитие личности, ее идентичности, целостности связано с актуализацией конструктивной агрессии как созидательной силы. С актуализацией конструктивной агрессии связано, в частности, освобождение от раннего детского симбиоза с первичной группой без возникновения при этом чувства вины.

В противоположность Фрейду Аммон определяет бессознательное как место креативных сил, как потенциал роста личности, ее актуализирующихся функций Я. В связи с новым определением бессознательного как креативного потенциала и новым пониманием агрессии и креативности Аммон развивает собственную модель личности, которую он опубликовал в 1976 г. как «гуманструктурную модель».

Структура личности называется Аммоном «структурой Я» или «гуманструктурой» — для отграничения от Я-психологии, основанной на теории инстинктов. Гуманструктура — это целостная и многомерная структура, элементы которой представляют функции Я. Эти функции понимаются не как раз и навсегда фиксированные единицы, а как первично данные человеческие возможности. Они находятся в синергической, взаиморегулируемой и динамической связи и составляют три различных субструктуры личности: первичные, центральные и вторичные (схема 4).

К первичным гуманфункциям относятся телесно-биологические и неврологические функции человека.

Ядро личности составляют центральные гуманфункции. Они регулируют гуманструктуру как целое, а также отношения человека с окружающим миром.

Ко вторичным гуманфункциям относятся способности, навыки, интеллект, язык и поведение человека. Они, скорее, являются сознательными.

Все гуманфункции связаны между собой синергически и развиваются в зависимости от качества межличностных отношений конструктивно, деструктивно или дефицитарно. Эти процессы отношения интернализируются в раннем детстве и в целом определяют структуру бессознательного.

В зависимости от того, как воздействуют группы на человека — способствуют, препятствуют или пренебрегают им — развитие гуманфункции приоб-

Вторичные функции: способности, навыки, поведение: преимущественно сознательные

Центральные гуманфункции: преимущественно бессознательные

Агрессия Страх Отграничение Нарциссизм Сексуальность	Гуманфункции, охваченные 1STA
Креативность Телесное Я Фрустрационная толерантность Андрогиния Идентичность и т. д.	Другие, не охваченные ISTA. гуманфункции

Первичные гуманфукнции: телесно-биологическая сфера

Схема 4. Модель *гуманструктуры (Я-структуры).*

ретает конструктивный, деструктивный или дефицитарный характер. В своем конструктивном выражении гуманфункции выполняют регулятивную роль, в своих деструктивных и дефицитарных выражениях — дизрегулятивную.

Социальная энергия

Одно из центральных понятий концепции динамической психиатрии — социальная энергия. Под социальной энергией понимается сила, которая возникает в контактах между людьми и качество которой зависит от данной бессознательной групповой динамики. В зависимости от того, как сформировано групподинамическое пространство в межличностных отношениях, социальная энергия может выражаться конструктивно, деструктивно или дефицитарно и в соответствии с этим интегрироваться личностью.

Гуманструктура как переплетение всех синергически связанных друг с другом гуманфункции образуется под влиянием социальной энергии. Развитие этой структуры происходит на границах Я, группы и общества. Каждый жизненно значимый опыт находит при этом свое отражение в одной грани всей структуры в целом. Таким образом, гуманструктура может рассматриваться как манифестированная социальная энергия и на протяжении жизни подвержена социально-энергетическим влияниям.

Под социальной энергией понимается психическая энергия, которая возникает через контакт, конфронтацию, чувство безопасности, надежности, любви, вследствие требований к идентичности, требований и призывов к поступкам, деятельности и долгу. Обмен социальной энергией есть всегда обоюдный процесс, при котором все участвующие в нем претерпевают изменения и развитие. Социальная энергия — это сила и выносливость, которые люди могут взаимно передавать друг другу и которые находят свое отражение во всех аспектах гуманструктуры.

Определяющими для формы выражения социальной энергии (конструктивной, деструктивной или дефицитарной) являются групподинамические отно-

шения, в которых совершаются конфронтация и самоутверждение. Чтобы описать это групподинамическое пространство, используется понятие социально-энергетического поля. Оно может определяться конструктивной, деструктивной или дефицитарнои динамикой и всегда содержит элементы каждой из них в различном соотношении.

Конструктивная социальная энергия характеризуется интересом к другому человеку, конфронтации с ним, серьезным к нему отношением и требованиями. Конфронтация ведет к развитию, росту, изменениям личности и гуманструктуры. Конструктивная социальная энергия распознается по тому, что отношения (и такие чувства, как страх и агрессия) вовлекаются в конфронтацию. Существует взаимосвязь социальной энергии, контактности и толерантности к страху. По уровню толерантности к страху можно судить о степени контактности и количеству социальной энергии, которой располагает человек. Социальная энергия понимается как движущая и поддерживающая сила любой формы гуманструктурного развития и изменения человека в конструктивном, деструктивном и дефицитарном смысле.

Дефицитарная социальная энергия — это недостаточная социальная энергия или отказ в ней, игнорирование человека. Одно из наибольших наказаний, которому родители могут подвергнуть своих детей, — это отказ в любви. Недостаток социальной энергии возникает, когда осознанно или неосознанно людям отказывают во внимании, интересе, во всем значимом при контактах. Физический контакт также чрезвычайно важен для социальной энергии. Люди, которых никогда не ласкали, которые никогда не испытывали позитивного телесного контакта, не получают социальной энергии в широкой, глубоко проникающей в личность области, и у них образуются дефицитарные структуры. Дефицитарная динамика социальной энергии выражается в отсутствии интереса, внимания, доброжелательности при формальной заботе. Отсутствует понимание человека, его эмоций, его своеобразия.

Деструктивная социальная энергия характеризуется запрещениями, наказаниями, всякого рода принуждениями. Экстремальным примером деструктивной социальной энергии является жестокое обращение с детьми.

Конструктивная, деструктивная и дефицитарная социальная энергия в своей динамике принимают многообразные формы и находят такое же многообразное отражение в изменяющейся или развивающейся гуманструктуре. Таким образом социальная энергия есть энергия, которая воздействует на формирование личности. В соответствии с этим структуру личности можно рассматривать как отраженную социальную энергию.

Образ человека (Я-концепция)

Личностное развитие происходит на протяжении всей жизни и связано с «социоэнергитическим процессом обмена», то есть с интерперсональными отношениями, и понимается как развитие структур личности с ее сознательными, бессознательными и нейрофизиологическими аспектами. Важно при этом, что образ человека (Я-концепция) опосредован через оценки группы, через то, что в первичных группах ощущается человеком как конструктивное, способствующее развитою, что в функционирующих группах считается достойным стремления и подражания.

Бессознательная групповая динамика первичной группы регулирует объем и качество межличностной психической энергии. Групповая динамика может формировать конструктивное отношение человека к работе, к друзьям, способствовать конструктивным идеям, задачам, интересам, но может также вести к задержке или дефициту опыта.

Я-структура развивающегося ребенка представляет репрезентативное отображение обобщенного эмоционального настроя окружающей группы, отображение специфической семейной динамики, качества отношений с первичными фигурами. Процесс передачи социальной энергии между ребенком, матерью и окружающей группой протекает преимущественно на уровне бессознательного и тем непосредственнее, чем моложе ребенок. Для развития Я-структуры особенно важно поле отношений раннего детства, вообще же развитие, то есть формирование Я-структуры, является постоянным (на протяжении жизни) процессом дифференциации и интеграции.

В основе гуманструктурологии Аммона — образ человека (Menschenbild). Образ человека имеет многомерный, целостный характер, в котором тело, психика и душа составляют единство. Человек понимается как групповое существо с потребностью в идентичности, самоосуществлении и поиска смысла жизни.

Агрессия как гуманфункция

Агрессия понимается как активное приближение к вещам и людям и как принцип первичной направленности человека в мир и открытости миру с его потребностями в впечатлениях, контактах и отношениях. Аспектами агрессии являются принятие контакта, способность к отношениям и близости, активное любопытство, эксплорация, активность человека и его способность адекватно ее использовать.

Конструктивная агрессия. Ее развитие можно понимать только в рамках раннего симбиоза мать-дитя. Когда мать, отец и первичная группа враждебно или равнодушно противостоят раскрытию личности ребенка и его игровому постижению реальности, тогда существенные аспекты Я-структуры ребенка остаются неструктурированными. На психодинамическом уровне такая структура отражает родительскую деструктивную агрессию против осуществления детской личности; она представляет интернализированный запрет родителей на идентичность. Родители нуждаются в ребенке для компенсации дефектов своих Я-структур на почве собственных (архаических) страхов одиночества.

Конструктивная агрессия определяется как способность устанавливать связи, отношения с другими людьми, предметами и задачами и эти контакты поддерживать на протяжении длительного времени и при возникающих трудностях. Конструктивно агрессивный человек принципиально любознателен, активно влияет на свою жизнь, развивает собственные позиции и цели, утверждает их и защищает. Он активно ищет новый опыт, открыт для других людей и впечатлений, способен вступать в конфронтацию и отстаивать себя. Он в состоянии на своей работе или в личной жизни образовывать вокруг себя группы и находить союзников или соратников для достижения своих целей.

Деструктивная агрессия есть выражение родительской враждебности и власти, употребленных против жизненной потребности ребенка в идентичное-

ти. Она понимается как реактивное преобразование первоначально конструктивной агрессии. Отношения с людьми, цели и задачи не поддерживаются, а деструктивно прерываются или разрушаются. При деструктивной агрессии на переднем плане стоит элемент разрыва отношений и контактов. Хотя и имеется потенциал активности, но он разрегулирован. Агрессия может быть внешне направленной — от вербальной агрессии до применения силы — и направленной внутрь в виде гложущей ярости, разрушительных фантазий, обесценивания других людей, а также в виде чувств мести и цинизма. Разрушительные импульсы могут быть реализованы в участии в экстремистских организациях или в идеологии. Если деструктивная агрессия не находит внешней цели, она направляется на собственную персону. Последствиями могут быть деструктивные поступки с несчастными случаями, самоповреждения, суицидальное поведение, запущенность или зависимость. Направленная вовнутрь деструктивная агрессия вносит существенный вклад в психосоматические болезни и может тогда измеряться еще и в своем дефицитарном качестве.

Дефицитарная агрессия — это направленная вовнутрь деструктивная агрессия, которая ведет к крайнему ограничению Я и идентичности. Дефицитарная агрессия определяется через дефицит контакта, потребностей, целей, интересов. Это проявляется в пассивном отдалении от вещей и людей, в чувстве внутренней пустоты, часто скуке и неспособности выражать чувства и потребности в отношении других людей. Реального диалога (общения) не происходит и он заменяется мечтами и фантазиями. Человек с дефицитарной агрессией уединяется от других, страдает от чувства вины, при конфликтах отказывается от своих интересов, в ситуациях соперничества уступает и быстро сдается. Дефицитарная агрессия влечет неспособность к принятию отношений. Дефицит отношений с окружающим миром ведет к чувству безучастности и внутренней пустоты, что является типичным для депрессии.

Страх как гуманфункция

Тесно связан с агрессией страх, так как каждый значительный новый опыт связан не только с любопытством, но одновременно и со страхом. Страх необходим для преодоления реальности. Это энергетачески-регуляторная величина, способность преодолевать ситуации, важные для дальнейшего развития человека, другими словами, интегрировать новый опыт, необходимый для идентичности. Страх делает возможным креативность, то есть изменение всей Я-структуры, расширение Я и обогащение идентичности.

Конструктивный страх экзистенциально-философски Аммон определяет как «необходимое единство страха и бытия человека». Конструктивный страх делает человека подлинным и вносит вклад в обогащение его идентичности. Он играет важную роль во внутреннем и внешнем отграничении Я. Он делает человека открытым для других, позволяет ему принимать помощь и помогает ему самому приблизиться к его собственной идентичности. Конструктивный страх активирует человека и переживается как состояние бдительности, взволнованности и концентрированного напряжения.

Человек с конструктивным страхом может через ощущаемый страх установить контакт с другими людьми, поделиться своими страхами с другими. Ему интересны новый опыт и новые предметы, даже если они связаны со страхом,

причем он может прервать свой страх посредством любопытства. Страх активирует его и мобилизует конструктивный потенциал всех Я-функций и помогает ему отличить реальный страх, основанный на реальной опасности, от иррационального страха. Человек с конструктивным страхом обладает также способностью конфронтировать с одиночеством и смертью.

Деструктивный страх — это чрезмерный страх без ясно очерченной цели. Он отражается на дезинтеграции Я. Таким образом деструктивный страх является в собственном смысле уничтожающим страхом, который выносится наружу и проявляется в форме деструктивной ярости. Эта форма страха является одной из причин так называемой «бордерлайн-криминальности» — здесь люди из страха становятся преступниками. Люди бьются от страха как утопающие, они бегут от страха в психоз, в зависимость или деструктивную сексуальность.

Деструктивный страх ощущается как чрезмерный страх без четко очерченной цели или как фобическии страх и может дезинтегрирующе воздействовать на Я. Он ведет к стагнации развития идентичности. Главной чертой деструктивного страха является ограничивающий или запрещающий отношения и поступки момент: человек неспособен положить конец переполняющим его страхам и не в состоянии обратиться с этими страхами к другим людям, поделиться с ними и таким образом облегчить свое состояние. Вместо этого у него страх перед другими людьми, перед близостью и телесным контактом. Деструктивный страх сопровождается сильными физическими реакциями, например, потением, сердцебиением, головокружением и приводит к тому, что требуемые по временам для преодоления реальности вторичные Я-функции терпят крах, как это часто можно наблюдать в ситуациях экзамена. К деструктивным страхам относятся фобические страхи, панические атаки, свободно витающий страх, страх одиночества, страх смерти. Деструктивный страх может также означать, что повседневный, «нормальный» страх при новых задачах и отношениях становится непереносимым и в результате этого человек избегает контактов.

Дефицитарный страх является основанием для избегания жизни и ее выражений, для избегания конструктивно-агрессивной конфронтации с другими людьми, для избегания идентичности. Дефицитарный страх понимается как защита от страха, как бегство от страха, что означает избегание конфронтации с самим собой, с собственной идентичностью. Общее избегающее поведение, оцепенение и рефлекс мнимой смерти депрессивного больного показывают, как без страха не может происходить никакого развития.

Человек с дефицитарным страхом вообще не способен чувствовать и допускать страх: вместо этого ощущается усталость, скука или чувство внутренней пустоты. Опасные ситуации оцениваются неадекватно, реально существующие опасности недооцениваются или вообще не воспринимаются. Особенно не переживается здоровый страх в контакте с человеком и в необычных ситуациях. Бессознательная потребность избежать этого «эмоционального несуществования» ведет к тому, что человек ищет экстремальные ситуации, например, опасную спортивную деятельность, криминальное поведение или рискованные автопоездки. Так же мало как собственный страх может восприниматься страх других людей, что также ведет к уплощению отношений и эмоциональ-

ной непричастности. Эмоционально насыщенные ситуации, такие как разлука или конфронтация со смертью, принижаются или их избегают. В соответствии с этим недостаток чувства страха может препятствовать адекватным ситуации стратегиям преодоления.

Так же как и в случае с Я-функцией агрессии, развитие конструктивного страха можно понять только в рамках раннего симбиоза мать-дитя и окружающей группы. Только когда ребенку разрешаются шаги к идентичности, когда ему способствуют в этом, когда ребенку дается возможность пережить страх в переносимых размерах, то есть без того, чтобы он переносил панический страх одиночества или смерти, он может под защитой дружеского симбиоза ассимилировать новые опыты и захватывать жизненное пространство.

Деструктивный страх коренится в тревожной и поэтому также часто агрессивной семейной атмосфере. Все новые шаги ребенка с тревогой контролируются и при этом ребенка наказывают. Родители, сами тревожные, передают ребенку образ угрожающего и опасного мира, с которым лучше не связываться. Деструктивный страх воздействует инактивирующе и ведет к избегательному поведению.

Дефицитный страх у ребенка развивается в тех случаях, когда его страхи игнорируются окружающими, поэтому у него нет возможности научиться реалистически оценивать опасные ситуации. Более того, на почве детских фантазий о своем всемогуществе ребенок постоянно сталкивается с окрулсением и нередко совершает криминальные поступки или сам себя постоянно подвергает опасности. Отщепленный страх смерти повышает опасность самоубийства. В отличие от деструктивного страха — в большинстве своем возникающем на почве запрещения отношений и поступков — здесь человеку не препятствуют в новых отношениях и опытах, но он остается эмоционально безучастным и поэтому не может извлечь пользы из нового опыта.

Гуманфункция внешнего отграничения

Отграничение Я является одним из первичных регуляторов отношений Я к окружающему миру. Отграничение Я от не-Я создает возможность отношений между людьми в противоположность симбиотическому сплаву. С генетической точки зрения создание границ Я является решающей фазой в развитии идентичности человека. Первый креативный акт в собственном опыте идентичности есть отграничение от раннего детского симбиоза. При неудавшемся выходе из раннего детского симбиоза возникает неструктурированная область в Я: ранние объекты отношений присутствуют и все же их нет. С одной стороны, они есть, так как не отграничены; с другой стороны, их нет, так как нет возможности настоящей коммуникации и встречи с другим человеком. Лишь отграничение Я создает действительность. Оно создает основу для чувства Я и идентичности. Если это не удается, то Я остается в значительной степени неразвитым и недифференцированным.

Можно резюмировать следующим образом: конструктивное внешнее отграничение делает возможным способность к опыту при одновременной защите от переполнения внешними событиями.

Человек с *конструктивным внешним отграничением* в состоянии занимать определенную позицию, открыт для критики, позиций и чувств других

людей, может раскрываться психически, духовно и физически. Он может интегрировать новый опыт, имеет контакт с окружающей группой и может эти реальные опыты интернализировать и таким образом развиваться дальше. Человек отличает свои чувства от чувств других, может сказать «нет» без чувства вины, чувствует себя автономно в своих решениях. Он развил способность гибко идти на симбиозы и более глубокие контакты и при этом бесконфликтно и без чувства вины разрывать эти связи или продолжать сохранять их без потери собственной идентичности.

Деструктивное внешнее отграничение характеризуется нарушением регуляции отношений с Окружающей группой, с другими людьми и внешними событиями. Внешнее отграничение образует своего рода непроницаемый барьер для контакта. Внешнее деструктивное отграничение проявляется в отсутствии интереса к другим людям, событиям и окружающему миру. При этом заинтересованное участие других людей к собственной персоне воспринимается как неприятное и по возможности избегается, человек «не подпускает к себе близко». Отсюда чувство внутренней пустоты и недостаток контакта и сопричастности. Эти люди ничего по-настоящему не касаются и не чувствуют подлинного сострадания к другим.

Дефицитарное внешнее отграничение связано с неспособностью регулировать близость и дистанцию к другим людям, к внешним событиям и к окружающему миру. Здесь речь идет о неспособности различия между Я и не-Я, собой и другими, между собственными потребностями и чувствами и потребностями и чувствами других.

Человек с дефицитом внешнего отграничения не в состоянии принимать собственные решения и выступать против других людей, он не может сказать «нет», чтобы отграничить требования других людей, и чувствует себя во власти желаний других людей. Он не может понять, что другие люди имеют другие потребности или хотят идти своим путем, воспринимает все ситуации симбиотически, как будто все хотят одного и того же. Человек зависим от других, чрезмерно следует царящим в социальных группах нормам, эксплуатируется другими.

Гуманфункция внутреннего отграничения

Эта функция регулирует отношение между сознательным Я и содержанием бессознательного, отношение к интернализированной динамике первичной группы, фантазированию и сновидениям. Существенной чертой является способность различать интернализированную динамику первичной группы от актуальных отношений и ситуаций, следовательно, способность дифференцировать между прошлым и настоящим.

Конструктивное внутреннее отграничение выражается в способности допускать сновидения, фантазии и чувства, иметь к ним доступ, уметь их воспринимать и выражать, однако отличать от реальности и уметь дифференцировать их реальные и нереальные аспекты. Это значит допускать чувства, но не давать захлестнуть себя такими чувствами, как страхи, печаль или эйфория.

Деструктивное внутренее отграничение характеризуется плотно закрытыми Я-границами. Человеку не хватает доступа к собственному бессознательному. Такой человек отличается недостатком способности к сновидениям, бедностью

фантазий и чувств. Из этого возникает тенденция к расщеплению чувств или отреагированию их с деструктивной агрессией в виде психосоматики, несчастных случаев, самоповреждений. В поведении деструктивное внутреннее Я-отграничение проявляется диссоциацией сознательного и бессознательного, прошлого, настоящего и будущего, актуально наличного и потенциально присутствующего, дисбалансом мыслей и чувств, эмоций и действий, жесткой ориентацией на сугубо рациональное постижение действительности, не допускающей интуитивных и чувственных решений, рассогласованостью телесной и душевной жизни, неспособностью к фантазиям, мечтам, определенным обеднением эмоциональных переживаний и впечатлений вследствие зачастую гипертрофированной склонности к рационализации и вербализации чувственных образов; десенсибилизированностью телесных ощущений, то есть нечувствительностью к насущным потребностям организма (сон, жажда, голод, усталость и т. п.).

Лица с высоким уровнем внутреннего отграничения производят впечатление формальных, сухих, излишне деловых, рациональных, педантичных, нечувствительных. Они мало мечтают и почти не фантазируют, не стремятся к теплым партнерским отношениям, не способны к глубокому сопереживанию. Невозможность адекватно воспринимать собственные чувства и потребности делает этих людей нечувствительными к эмоциям и потребностям других, реальный мир окружающих людей может замещаться совокупностью собственных проекций. В интеллектуальной деятельности они склонны к систематизации и классификации. В целом, излишне рационализированное сознание дополняется чрезмерно иррационализированным бессознательным, которое зачастую проявляется в неуместных действиях и поступках, несчастных случаях, «нечаянных» травмах.

Дефицитарное внутреннее отграничение приводит к тому, что человек переполняется содержаниями бессознательного, он предается своим чувствам, колебаниям настроения, мечтам, сновидениям, размышлениям. У него развивается нарушение концентрации внимания и нарушение сна и в крайних случаях он приближается к психозу. Он не может отличать важное от не важного в жизни, не может дифференцировать свои чувства или общаться. На почве недостатка границ новый опыт интегрируется и интернализируется с трудом, первичные телесные потребности плохо регулируются и стремятся к немедленному удовлетворению.

Для лиц с высоким уровнем дефицитарного внутреннего отграничения характерны импульсивность, слабость эмоционального контроля, склонность к экзальтированным состояниям, недостаточная взвешенность поступков и принимаемых решений, «переполненность» разрозненными, разнообразными чувствами, образами или мыслями, крайняя непоследовательность в интерперсональных отношениях, неспособность к достаточной концентрации усилий, плохая регуляция телесных процессов. В крайних случаях развивается предпсихотическое или психотическое состояние. В поведении тогда на передний план выступают неадекватность, дезорганизованность и дезинтегрированность, зачастую воспринимаемые как вычурность и нелепость.

Нарциссизм как гуманфункция

Я-функция нарциссизма определяет отношение человека к самому себе. Она является решающей для самооценки человека, для формирования его Я-обра-

за. Аммон по-другому, чем в традиционно-психоаналитическом понимании, формулирует нарциссизм как первичную конструктивную элементарную базовую потребность человека и как результат интернализации специфического опыта интерперсональных отношений. Лишь благодаря соответствующему негативному опыту в семейной группе и в последующих значимых группах нарциссизм принимает болезненное, то есть деструктивное или дефицитарное качество. Дети из таких семей уходят в личный мир восприятия, который не способствует общению и не разделяется другими. И позднее любой межличностный контакт на почве интернализированной динамики первичной группы переживается как угрожающий, что объясняет, например, параноидную реакцию на контакт. Я-функция нарциссизма регулирует способность человека участвовать в социоэнергетическом процессе. Дети, которые в своей жизни имели только рудиментарный опыт отношений, не могут развить отношение к самим себе и, соответственно, здоровой самооценки. Негативные представления, которые связываются с традиционным пониманием нарциссизма, такие как индивидуализм, неспособность к отношениям, идеи величия и малоценности Аммон понимает как вторичные и реактивно искаженные формы изначально конструктивного нарциссизма, то есть как деструктивные или дефицитарные.

Можно сказать, что *конструктивный нарциссизм* связан со способностью лояльно обходиться с самим собой и собственным бессознательным. Он способствует позитивному образу самого себя, формированию чувства собственной важности и значения как базовой потребности каждого человека и непременной составной части идентичности. Это сочетается с радостным утверждением собственной телесности, собственных интересов, духовности и идей, которые переживаются с радостью и эротическим напряжением и включаются в коммуникацию.

Конструктивно нарциссический человек переживает себя как человек с правом на собственное мышление, собственные ощущения и собственный стиль жизни. Он обладает способностью устанавливать контакты с другими людьми и поддерживать их, участвовать в социоэнергетических обменных процессах. Он может подключать других к важным для себя событиям, может допускать свои и чужие слабости и ошибки и способен учиться на опыте других. Он в состоянии правильно себя оценивать и находить удовлетворение в собственных мыслях, чувствах и поведении.

Деструктивный нарциссизм проявляется в нарушенном и искаженном отношении человека к самому себе, к другим и к окружающему миру. Такие люди не могут оценивать себя адекватно, переоценивают или недооценивают свои возможности. Они чувствуют себя непонятыми в своих чувствах и интересах, колеблются между фантазиями величия и малоценности и неспособны учиться у других и принимать социальную энергию. В соответствии с их индивидуалистическим восприятием мира каждый интерперсональный контакт переживается как угрожающий и перерабатывается параноически. Деструктивный нарциссизм выражается в неспособности переносить критику и показывать слабость перед собой и другими. Напротив, эти люди постоянно требуют признания достижений, которые по возможности должны быть совершенными и единоличными.

Дефицитарный нарциссизм психогенетически рассматривается как дальнейшее патологическое развитие деструктивно-нарциссической динамики: эти люди в период становления своей личности имели только рудиментарные возможности развития здоровой самооценки, в результате у них нет никакого отношения к себе, они не в состоянии серьезно воспринимать свои мысли, чувства и поведение и выступать против других людей. Таким образом им не хватает способности духовного и эротического контакта с другими людьми. Эти люди не могут выражать критику или противоположное мнение. Вместо этого они пытаются отвечать потребностям других людей из неспособности чувствовать свои собственные потребности и выдвигать их. Дефицитарно нарциссический человек считает себя неважным и поэтому его легко игнорируют и забывают. Недостаток отношений к людям и вещам делает невозможным прием извне столь желанной и необходимой социальной энергии и интернализации ее, поэтому структура личности не развивается. Так же как при дефицитарной агрессии и страхе это ведет к чувствам безучастности, внутренней пустоты и скуки.

Сексуальность как гуманфункция

Конструктивная сексуальность связывается с конструктивным ранним детским симбиозом. Сексуальные нарушения возникают на основе враждебного, препятствующего развитию, деструктивного симбиоза или равнодушно-недостаточного, то есть дефицитарного, опыта первичной группы. Для формирования конструктивной сексуальности решающее значение имеет помощь и поддержка окружающей группы. Конструктивная сексуальность зависит от опыта отношений раннего детства, от того, помогает ли мать и окружающая группа ребенку гибко отграничить себя, допустить конструктивную агрессию, понять детские страхи и, наконец, проявить активный интерес к своей телесности и сексуальности. Становление конструктивной сексуальности возможно только после того, как ребенку будет позволен свободный от чувства вины выход из раннего детского симбиоза, будут сформированы гибкие Я-границы, а также свободная от чувства вины конструктивная агрессия. Тогда появляется возможность бесстрашного погружения в симбиоз и интимность партнерских отношений, расцвета свободной сексуальности.

Центральная Я-функция сексуальности тесно связана с телесным Я, то есть ранний опыт телесного удовольствия в первичной группе отпечатывается на мире восприятия новорожденного и растущего ребенка. В подростковом возрасте и позднее эти ранние телесные опыты становятся психическим представительством для конструктивной сексуальности. Поэтому необходимо, чтобы ребенка достаточно и с любовью поглаживали, чтобы он имел много позитивных тактильных, вызывающих удовольствие, кожных ощущений, не испытывал ограничений в исследовательских аутосексуальных действиях, вообще испытывал любящее и заботливое обращение соответственно своим потребностям. Как существенная и необходимая предпосылка для реализации конструктивной сексуальности является благожелательный поддерживающий климат первичной группы, которая позволяет ребенку развитие и испытание своих первично данных функций, свободное от чувства вины отграничение от раннего детского симбиоза и, наконец, утверждение собственной телесности.

Конструктивная сексуальность характеризует отношения между сексуальными партнерами на духовном, психическом и телесном уровне: конструктивная сексуальность возможна только при подлинном контакте и отношении, при ощущении радости и теплоты от другого и себя самого, при способности развивать заботу, доброту и самоотверженность к другому, при восприятии другого как партнера при одновременном получении удовольствия для себя. Для креативной, интегрированной конструктивной сексуальности желательны сверх того способность к эротической фантазии, свобода от фиксированных половых ролей, умение выражать собственные сексуальные потребности на вербальном и невербальном уровне, способность самоотдачи вплоть до оргазма и переживания радости от телесных ощущений. Все указанное относится также к мужским и женским гомосексуальным отношениям. Онанизм тоже может быть конструктивным как источник радости от собственного тела. Он может стать и деструктивным, когда самоудовлетворение в аутистической форме предпочитается реальным сексуальным отношениям. Важным критерием конструктивной сексуальности являются также чувства человека *после* сексуальной встречи: он ощущает себя полнее, богаче, живее — имеется конструктивный обмен социальной энергией.

Деструктивная сексуальность понимается как результат болезненной бессознательной ранней детской групповой динамики, нерешенного симбиотического комплекса. Семейная атмосфера, в которой воспитывается ребенок, характеризуется от недружелюбия до враждебности; потребности ребенка игнорируются, тело маленького ребенка не принимается дружески. К этому следует добавить скрытое или открытое сексуальное злоупотребление вплоть до инцеста. При деструктивной сексуальности — обычно обозначаемой как «сексуальные перверзии» — сексуальный партнер воспринимается как средство собственного удовлетворения, нет радости от радости другого. Сексуальность имеет характер «взаимного онанизма». Есть недостаток отношения к партнеру, часто отсутствует интерес к генитальному соитию, как, например, при фетишизме. Деструктивная сексуальность имеет всегда повреждающие тенденции — к другому или самому себе. Крайняя степень выражается в сексуальном насилии, всегда есть тенденция к саморазрушению, в том числе социального типа (общественный скандал, взятие под арест и т. п.). Вместо близости, доверительности и генитального соития доминирует чарующий момент анонимности и отсутствие контакта. Здесь также важным критерием служит чувство после сексуального контакта: как правило, по меньшей мере один из партнеров испытывает чувство вины, переживание, что он деградировал или унизил другого.

К вариантам деструктивной сексуальности на уровне симптомов принадлежит эксгибиционизм, вуайеризм, садомазохизм, проституция, фетишизм, сексуальное насилие над детьми, изнасилование и содомия. Элементы деструктивной сексуальности имеют родство с деструктивной агрессией.

Дефицитарная сексуальность понимается как заблокированное развитие сексуальности на основе интернализированного сексуального запрета и общего запрета на удовольствия и жизнь. Здесь речь идет о детях, которых никогда или редко ласкали, которые вообще получили мало телесно-тактильного опыта.

Обобщенно можно сказать, что Я-функцию сексуальности психогенетически надо понимать как основную Я-функцию, для реализации которой необходим определенный объем здорового развития в сферах агрессии, страха, способностей отграничения и нарциссизма, при этом решающее значение имеет способность к контакту и отношениям.

Дефицитарная сексуальность отвечает интернализированному сексуальному запрету. Если сексуальность переживается, то только в связи с сильными страхами. Часто дефицитарная сексуальность проявляется импотенцией мужчины или фригидностью женщины, из чего следует отказ от сексуальности, иногда имеется также отвращение, страх прикосновения и заражения. Дефицитарная сексуальность часто встречается у личностей, боящихся контактов. Часто у них низкая самооценка, и они втайне ждут «сказочного принца» или «женщину своей мечты», из чего следует обесценивание всех реальных возможных партнеров.

Резюме

Каждый человек имеет деструктивные, конструктивные и дефицитарные структурные аспекты, которые индивидуально выражены по-разному. Человек с исключительно дефицитарной агрессией, страхом, Я-отграничением, сексуальностью и нарциссизмом был бы нежизнеспособным, человек с исключительно деструктивными тенденциями погиб бы сам собой. Каждый человек имеет здоровые аспекты, которые при терапевтической работе создают основу терапевтического союза и дают возможность постепенного отграничения от собственной патологии. Здесь, конечно, нужно учитывать вторичные Я-функции с их способностями и навыками и первичные, органические структуры.

Согласно спектральной теории Аммона отдельные Я-функции переплетаются в психической структуре человека: отдельные Я-функции не существуют изолированно, а определяют в своей целостности размер психического здоровья человека. От качества раннего детского симбиоза зависит размер конструктивности, деструктивности или дефицита существа человека. В связи со своей сложностью сексуальность должна занимать особое положение. По меньшей мере в своих поведенческих проявлениях она нуждается в определенной степени конструктивно развитых функциях агрессии, страха, отграничения и нарциссизма, поэтому она должна быть сильнее сплетена с другими центральными Я-функциями, чем они между собой.

12.4. КОНЦЕПЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аммон рассматривает психические заболевания как результат нарушения развития Я в раннем детском возрасте. При этом развитие Я понимается как межличностный процесс, в ходе которого ребенок постепенно развивает и дифференцирует функции своего Я во взаимодействии с матерью и окружающей группой, отграничивая себя и превращаясь, наконец, в полноправную личность. При психических заболеваниях имеют место специфические нарушения взаимодействия между развивающимся ребенком и матерью или первичной группой, которые не способны адекватно поддерживать ребенка в развитии его Я-функций, в отграничении и формировании идентичности. Особенно значимы нарушенные отношения между матерью и ребенком в первые три года жизни, что приводит к возникновению *симбиотического комплекса.* Симбиотический комплекс, по Аммону, является столь же основополагающим в психодинамике психотических реакций, как эдипов комплекс при неврозах. Заболевания, вызванные специфическими нарушениями Я и развития идентичности в первичной группе, неспособной стимулировать и поддерживать ребенка в его развитии, Аммон называет *архаическими заболеваниями Я.* К этим заболеваниям Аммон относит не только шизофрению и маниакально-депрессивный психоз, но и так называемую пограничную симптоматику, то есть промежуточные формы между неврозом и психозом, сексуальные перверсии и психосоматические нарушения.

Решающий вклад в понимание психогенеза психических заболеваний сделали Rapaport и Paul Federn. Рапапорт развил концепцию «относительной автономии Я» от притязаний окружающего мира, от мира инстинктивных потребностей. Психоз предстает в этой концепции как потеря относительной автономии Я и как сверхадаптация к миру инстинктивных потребностей.

В исследовании сна и психозов Федерн сформулировал свою концепцию подвижной «границы Я», отделяющей Я изнутри и снаружи от «не-Я» соответственно меняющимся «состояниям Я». Динамическое единство Я окружено гибкими границами, служащими своего рода периферическим органом восприятия снаружи и изнутри и загруженными переменными количествами нарциссической энергии. С помощью этих понятий Федерн описал Я-психологический аспект психотической реакции. Он понимал чувства отчуждения и деперсонализации в психозе как выражение недостатка нарциссической энергии и недостатка занятости границ Я. За счет этого возникает угроза различению Я от не-Я, возможному лишь с помощью границы Я. При сохранности функции Я возникает чувство отчуждения. Реальность воспринимается отчетливой, но чужой. Подобным образом Федерн объясняет возникновение бредовых представлений.

Формирование границ Я и не-Я рассматривается как решающая фаза развития Я и идентичности. Формирование же границ зависит от поддержки ребенка первичной группой, в особенности матерью в рамках раннего симбио-

за матери и ребенка. Архаические болезни Я Аммон рассматривает как формы реакций на нарушение формирований границ Я.

В начале жизни ребенок переживает себя неотделенным от матери, он не различает внутренний и внешний мир, Я и не-Я. Мать воспринимается как часть собственного тела, само тело не имеет ясных границ. Обращаясь с любовью к ребенку, адекватно реагируя на его потребности, мать постоянно делает возможным для ребенка самостоятельное восприятие своих потребностей, апробирование функций своего Я. Симбиотическое взаимодействие между матерью и ребенком образует основу для развития конструктивной агрессии и креативности, то есть любопытствующего подхода к вещам и людям и игрового обращения с ними, что развивает функции Я и его границы.

Поддерживая ребенка в изучении внешнего мира, в его любознательном отношении к вещам и людям и защищая его от связанных с этим опасностей, мать и первичная группа помогают ему выстраивать границы Я с внешним миром. В ходе своего развития ребенок постоянно перенимает функции, которые ранее выполнялись матерью или первичной группой. Он учится распознавать и артикулировать свои потребности, координировать функции тела и движения и начинает самостоятельно исследовать внешний мир и менять его, играя. Здесь нужна постоянная поддержка матери и первичной группы. Если мать и группа не способны дать ребенку эту поддержку, или, более того, встречают потребности ребенка непониманием, отвержением или даже открытой враждебностью, то последствиями могут быть тяжелые нарушения развития. Ребенок переживает отвержение матерью как экзистенциальный страх заброшенности и угрозу уничтожения. Его слабым границам Я угрожает наводнение внутренними и внешними содержаниями «не-Я». Вместо гибкого отграничения Я возникают белые пятна на карте Я, области, в которых Я ребенка остается неспособным к получению опыта снаружи и изнутри и которые поэтому, как чуждые Я, должны отрицаться и отщепляться. Таким образом возникает структурный дефицит Я, дефект в границе Я, который Аммон называет «дырой в Я». В результате этого развивается специфическая психопатологическая симптоматика, служащая компенсацией нарциссического дефицита и в известной мере заполняющая «дыру в Я». Эта симптоматика выражается в деструкции, которая обозначает реактивную патологическую деформацию первоначально конструктивной агрессии, понимаемую Аммоном как первоначально заданную функцию Я. Эта функция Я подхода к вещам и людям, так же как и тесно связанная с ней функция креативности, имеет центральное значение для формирования границ Я в период симбиоза. Она превращается в деструкцию, если мать и группа реагируют страхом или враждебностью на действия ребенка. В этом смысле деструктивная агрессия определенным образом является негативным отпечатком конструктивной агрессии.

По мнению Аммона, специфика шизофреногенной матери заключается в злокачественной форме ее неспособности быть матерью. Эти псевдоматери получают полную власть над маленьким ребенком, зависящим от их помощи. Что касается психосоматических и перверсных больных, то здесь Аммон наблюдает следующие нарушения в отношениях мать—ребенок. Мать, индуцирующая психосоматическое расстройство у ребенка, реагирует либидинозно лишь на

его дефекты и болезни. У матери же, индуцирующей у ребенка перверсию, напротив, либидинозно окрашены все действия, касающиеся здорового тела ребенка, например, церемония мытья, одевания, манипулирования его гениталиями. Обе матери игнорируют при этом растущую идентичность ребенка. С последним обращаются как с вещью, либидинозно занятым предметом, а не полноправной развивающейся личностью.

Подчеркивание роли матери в патогенезе архаических заболеваний не означает, что она является изолированным болезненным фактором. Большую роль в патогенезе архаических заболеваний Я играет функция группы, которая становится особенно отчетливой в случае затянувшегося симбиоза. Ребенку запрещается развивать собственную идентичность. Как слабый член семейной группы он служит тому, чтобы путем проекции локализовать на себе общегрупповой бессознательный конфликт с тем, чтобы потом его контролировать и отражать. В таком затянувшемся симбиозе психотическая реакция остается латентной до пубертатного периода, когда в связи с напряжением сексуальной и социальной идентичности происходит своего рода «симбиотический взрыв», проявляющийся в открытой психотической реакции. Эта реакция предстает как отчаянный протест против пленения, против мучительного переживания потери Я, отчуждения и чувства «не-Я». Многократно наблюдающаяся периодичность психотических реакций находит здесь, по Аммону, психодинамическое объяснение.

Для архаических заболеваний Я характерно, что пациенты не переживают ее как чуждую Я и патологическую. Они скорее переживают свой бессознательный конфликт в реальности, которая тем самым становится сценой их инфантильного симбиоза. К окружающему миру предъявляется требование взять на себя функцию отграничения Я. Их поведение предстает при этом не как нарушение контакта с окружающим миром, а как единственная форма, в которой они могут чувствовать себя и окружающий мир действительно существующими. Здесь проявляется решающее отличие от невротического симптома. Последний воспринимается пациентом как чуждый Я, как нарушение и повреждение коммуникации с окружающим миром. Невротический симптом является, следовательно, выражением бессознательного конфликта, угрожающего достаточно развитому и отграниченному Я. Симптоматика архаических заболеваний Я, напротив, сама формирует часть Я, она заполняет дыру в границе Я. Невротический симптом затрудняет коммуникацию Я с внутренним и внешним миром. Симптом архаического заболевания Я, напротив, замещает коммуникацию в важной сфере опыта за счет постоянной саморазрушающей попытки пережить «чувство Я».

Это различие имеет большое значение для терапевтической техники. В терапии неврозов речь идет об устранении вытеснений. Ставший бессознательным конфликт должен быть вскрыт и сделан доступным сознанию. Существующее чувство Я тем самым расширяется и дифференцируется. В терапии архаических заболеваний Я, напротив, речь идет, прежде всего, не об устранении вытеснений, а скорее о реинтеграции дефицитарного Я, о восстановлении границ Я.

Концепция «скользящего спектра психических заболеваний»

В клинической практике отделение невротического от психотического часто наталкивается на большие трудности, поскольку картины болезни могут разнообразно перекрываться. Дифференциальный диагноз, однако, весьма важен

для выбора адекватной терапевтической техники. Учитель Г. Аммона Карл Меннингер (1963) разработал концепцию, в которой все психические нарушения, от легчайшего невротического расстройства до тяжелейших психических заболеваний, могут пониматься и лечиться как нарушения контроля различной степени. Нарушение контроля означает нарушение мер по совладанию (копинг-механизмов), с помощью которых Я как «хранитель жизненного равновесия» пытается защитить психическую систему от инстинктивных импульсов и стрессов окружающего мира. Аммон расширяет концепцию Меннингера и говорит о «скользящем спектре психических заболеваний», чтобы соответствовать структурным различиям, являющимся результатом различных специфических конфликтных ситуаций, лежащих в основе отдельных болезненных картин. Один полюс целостного спектра психических заболеваний образуют архаические заболевания Я, восходящие к приобретенному, вследствие задержки симбиоза, структурному дефициту Я. Другой полюс спектра образуют невротические заболевания, восходящие к неразрешенному эдипову комплексу. Широкую пограничную область между психотическими заболеваниями и невротическими нарушениями образует область так называемой пограничной симптоматики, в которой базисный структурный дефицит Я перекрывается многочисленными невротическими симптомами.

12.4.1. Гуманструктурная модель невроза

Согласно гуманструктурологии в основе невроза лежит довольно интегрированная и функционирующая личность, у которой, однако, отмечается повреждение отдельных областей переживания и поведения с постепенным нарушением психических функций. Из-за поврежденного отграничения вовнутрь у невротика нарушена способность к вытеснению непреодоленного эдипова комплекса. На скользящем спектре психических заболеваний невроз, как более стабильная структура Я, располагается между «здоровой» и «архаично больной» структурами. Благодаря своему в принципе когерентному и функционирующему Я, страдающий неврозом пациент, в отличие от архаичного больного, испытывает свои симптомы как чуждые Я. Его сопротивление направлено на осознание вытесненных конфликтов семейной групповой динамики раннего детства, что может быть проработано на основе переноса в психоаналитической терапевтической ситуации.

12.4.2. Гуманструктурная модель шизофрении

Среди значимых исследований психогенеза шизофрении Аммон указывает на исследования динамики так называемых шизофреногенных семей Bateson и соавт. В качестве центральной патогенной ситуации рассматривается «double-bind» («двойная связь», «дилемма»). Она характеризуется разрывом комму-

никации между родителями или одним родителем и ребенком таким образом, что в одно и то же время ребенку адресуются два различных взаимно исключающих сообщения, связанные как с запретом выбора одного из них, так и с невозможностью для ребенка выйти из ситуации. Такая ситуация double-bind возникает, когда мать внутренне отвергает ребенка, испытывает страх перед контактом с ним, с другой же стороны демонстрирует любовную заботу, одновременно при этом требуя и опасаясь доказательства нежности от ребенка. Такой повторяющийся опыт имеет следствием диссоциацию значимых мотиваций и сфер психики. Семейная динамика, наблюдающаяся в этих семьях, характеризуется автоматизмами и навязчивым избеганием, состоянием, которое описано как псевдовзаимность, расщепленный брак, защита стереотипных ролей и динамика козла отпущения.

Представления о сущности шизофренной реакции и процессе ее терапии значительно обогатили работы Searles, который поначалу понимал и лечил шизофренную реакцию как болезнь отдельного человека. В ходе своей 14-летней работы он пришел к выводу о том, что речь идет о патологии отношений индивида и его окружения и понимал шизофренную реакцию как проявление патологии семейной группы. Мать и семейная группа налагают запрет на развитие идентичности ребенка из страха потери собственной идентичности, что загоняет пациента в сумасшествие. С одной стороны, каждый шаг к собственной идентичности связан поэтому для пациента со страхом разрушить этим существование матери, семьи и окружения. С другой стороны, он живет в постоянном страхе утраты собственного существования. Этот конфликт находит свое выражение в патологическом симбиозе пациента с матерью или группой, за благополучие которой больной чувствует себя ответственным, платя за это своим собственным эмоциональным и физическим существованием. Полностью растворяясь в этих симбиотических отношениях и в то же время опасаясь именно этого как потери собственной идентичности, он не может организовать собственную эмоциональную жизнь и находится поэтому в состоянии интенсивной и экстремальной изоляции. Шизофренная реакция, которой пациент отвечает на эту ситуацию (это может произойти в детстве, пубертате или позже, когда актуальные пусковые факторы вновь создадут эту ситуацию), понимается Searles не только как форма защиты, но одновременно как попытка спонтанного излечения. В концепции «симбиоза» как отношения, которого шизофренно реагирующий пациент столь же желает, сколь и избегает, Searles связал шизофренную реакцию с патологией развития в раннем детстве. В своей терапевтической работе он пытался восстанавливать этот симбиоз, переживать его совместно с пациентом и помогать ему в конце концов выходить из него в качестве полноправного индивида.

В рамках гуманструктурологии шизофреническая структура считается тяжелой формой архаичных болезней Я, корни которой лежат в неудавшемся отграничении в раннем детском симбиозе в первичной группе, характеризующейся деструктивной групповой динамикой и социальной энергией. Первичная группа шизофренически структурированного пациента характеризуется приводящей к замешательству динамикой «double-bind». Результатом воздействия групповой динамики первичной группы на центральное ядро личности являет-

ся задержка психического развития и структуры личности в виде выраженного дефекта («дыры в Я») и дезинтеграции, которые компенсируются известными симптомами шизофрении. Из-за дефицитной гуманструктуры, особенно в центральном бессознательном ядре личности, шизофренически структурированный пациент нуждается во вспомогательных функциях Я со стороны окружающей группы (партнера, родителей и т. д.) в виде заново восстанавливаемых симбиотических отношений. Они, например, предоставляют пациенту функцию отграничения Я и связи с реальностью. Если они отпадают (в связи с заболеванием партнера или разлукой), то страх перед заброшенностью и дезинтеграцией одолевает больного. Это может привести к тому, что сам больной или его окружение ищут помощи у врача, причем шизофреническая симптоматика имеет характер призыва и последней попытки отграничения от дезинтеграции. К симптоматике шизофренически структурированного человека относятся тяжелые конкретные нарушения мышления, мания преследования, саморазрушительная агрессия, колеблющиеся чувства и амбивалентность (Е. Блейлер), нарушение схемы тела и нарушение способности к сновидениям. У больных с шизофренической структурой личности вторичные гуманфункции слабо развиты или не могут служить опорой личности для того, чтобы она могла функционировать в реальности. Терапевтическая концепция лечения шизофрении в гуманструктурном отношении соответствует структурному, групподинамическому и социоэнергетическому пониманию болезни. Целью терапии является не лечение симптома, а работа с дефицитной структурой личности в смысле терапии идентичности. Такое лечение может иметь место в динамическо-исихиатрической клинике, где проводятся интегрированные, подобранные индивидуально, вербальные и невербальные формы терапии, в особенности терапия средой (мильотерапия). Это дает возможность союза с конструктивными частями Я пациента и их активному содействию. Важными моментами успешной терапии шизофрении являются эмпатия терапевта и проработка деструктивной формы агрессии. Терапия заканчивается только проработкой эдипова комплекса.

12.4.3. Гуманструктурная модель депрессии

Как в случае шизофрении и психосоматических нарушений, динамическая психиатрия различает депрессию как симптом и как депрессивную структуру. Депрессия как симптом неспецифически является частью любой архаической болезни. Депрессия как структура называется в гуманструктурологии нарциссической депрессией. Это психотическое заболевание феноменологически соответствует диагностической категории «маниакально-депрессивного психоза». Согласно модели гуманструкторологии оно характеризуется дефицитной агрессией, дефицитным страхом и нарциссизмом, дефицитным отграничением вовне и, преимущественно, жестким, деструктивным отграничением вовнутрь. Такая в целом дефицитная идентичность (и агрессия) проявляется внутренней пустотой, апатией, неспособностью к контакту и отношениям, отсутствием потребностей, мечтаний и фантазий, недостающим отношением к собственному

бессознательному. Деструктивно-жесткое отграничение вовнутрь служит «последним бастионом» для защиты от дезинтеграции личности от самоубийства. Первичная группа нарциссически-депрессивного человека характеризуется дефицитной социальной энергией.

12.4.4. Гуманструктурная модель психосоматических расстройств

Динамическая психиатрия различает психосоматику как болезнь и как структуру. Психосоматические заболевания представляют собой не только так называемые «классические» психосоматические заболевания, такие как бронхиальная астма, язвенный колит или язва двенадцатиперстной кишки, но и всякое соматическое, а также часть травматических заболеваний (если понимать тело и психику, то есть первичные, центральные и вторичные гуманфункции как разные аспекты единого целого). Психосоматические заболевания не специфичны для лиц с психосоматической структурой, но часто встречаются у пациентов с другой структурой (прежде всего с бордерлайн, навязчивой и зависимой структурой). С точки зрения структурных заболеваний психосоматика относится к архаичным заболеваниям Я. Первичная группа психосоматически структурированного человека характеризуется холодностью чувств, доминирующим поведением, эмоциональной заброшенностью и неспособностью адекватно отвечать на попытки ребенка к отграничению. Эмоциональный резонанс ребенок получает в результате телесного заболевания или возникновения симптомов. Деструктивно-дефицитная групповая динамика и социальная энергия проявляются в виде тяжелого дефицита («дыра в Я») в центральном ядре личности. Эта дыра заполняется психосоматическим заболеванием, которое становится до некоторой степени заменителем идентичности больного. Исходя из этого, гуманструктурная терапия психосоматических заболеваний, как терапия шизофрении и пограничного синдрома, должна быть терапией идентичности, содействовать росту и стабилизации личности. Симптоматическая терапия не ведет к лечению, а только к смещению симптома по направлению к другому психосоматическому заболеванию или психозу. По структуре психосоматика тесно связана с психозом и с депрессией согласно спектральной теории. Из-за неспособности к вербальной коммуникации, конкретного нарушения мышления («pensee operatoire» парижской школы психосоматики) и из-за сложной эмоциональной доступности пациента (алекситимия) особенно важны невербальные способы терапии, интегрированные с групповой психотерапией.

12.4.5. Гуманструктурная модель пограничного синдрома

В понимании проблемы пограничных расстройств Аммон выходит за рамки психоаналитической эго-психологии, развивая оригинальный подход, основанный на спектрально-теоретическом, социально-энергетическом, групподи-

намическом и холистическом представлении о болезни. Теоретическая концепция Аммона во многом основывалась на его клинической практике.

Пограничный синдром представляется Аммоном в контексте скользящего спектра архаических болезней Я — тяжелых психических расстройств, которые могут рассматриваться как реакция на приобретенный в самом раннем детстве дефект в структуре Я. Динамическим ядром, лежащим в основе архаических болезней Я, является симбиотический комплекс. Он составляет основу реальной недостаточности структуры Я. Образно здесь можно говорить о «дыре в Я». К спектру архаических болезней Я относятся психотические реакции больного шизофренией и маниакально-депрессивным психозом, деструктивная сексуальность (перверсии), психосоматические заболевания и пограничный синдром как расстройство, находящееся между психозом и неврозом. Если понимать невроз, вместе с Фрейдом, как заболевание, в основе которого лежит вытеснение сексуальности, а с Адлером — как конфронтацию с комплексом неполноценности человека, то пограничный синдром обозначается Аммоном как заболевание идентичности, при котором нарушены важные центральные гуманфункции, такие как отграничение Я, агрессия, сексуальность, страх и нарциссизм. Интегративные и дезинтегративные процессы в отношении страха и идентичности стоят в центре пограничного синдрома и определяют его форму и степень выраженности как в направлении болезни, так и здоровья.

Нарушения в центральных областях, как правило, прикрыты более или менее интактным фасадом вторичных гуманфункции и защитных функций, которые компенсируют дефицит гуманструктуры. В отличие от этого при шизофрении поведенческое Я со вторичными гуманфункциями также выражено дефицитарно и деструктивно. Эти результаты были проверены и подтверждены эмпирически.

Из-за интернализованной деструктивной агрессии пограничные пациенты характеризуются латентной склонностью к криминальному поведению. Когда деструктивная агрессия занимает центральное место, она как направляющая линия поведения практически замещает собой отсутствующую (недостаточную) идентичность. Тогда можно говорить о пограничной криминальности. Работая с заключенными, занимаясь экспертной деятельностью, долговременной групповой психотерапией, проводившейся в одном из мест заключения, а также обобщив большой клинический опыт работы с пациентами в региональных неврологических клиниках, Аммон пришел к выводу, что криминальные акты часто случаются в рамках пограничного синдрома. У преступников с пограничным синдромом, которые совершают не только акты физического насилия, но и сексуальные преступления, особую роль играет с трудом сохраняемое отрицание чувств. Так можно понимать внезапный порыв деструктивной агрессии в криминальном акте адаптированного человека, который успешно работает по своей профессии. При изучении жизненной истории этих пациентов оказывается, что в детстве они были свидетелями насилия против людей и социальных норм. Они, как все пограничные пациенты, никогда не испытывали чувства безопасности, любви, признания и поэтому страдают от нарциссического дефицита. Свою внутреннюю пустоту эти люди пытаются заполнить криминальным актом, то есть в момент преступления они чувствуют, что существуют. У этих людей во вре-

мя криминального акта *появляются особые состояния* Я, при которых сознание в значительной степени отключено. Эти состояния по сути являются психотическими. Вследствие «триггерного феномена» в этом состоянии Я-контроль отсутствует, и после криминального акта преступник опять кажется адаптированным к реальности и часто не может вспомнить о своем поступке.

Резюме

Психическая болезнь понимается Аммоном как деструктивная попытка освобождения от неосознаваемого и невыносимого отграничения Я через бегство в депрессию, психосоматику, деструктивную агрессию и деструктивную сексуальность, в психотическое реагирование, в алкоголизм и наркоманию. Болезнь понимается как дезинтеграция Я-функций с дефицитными и деструктивными выражениями. С гуманструктурной точки зрения Аммон постулирует унитарное понимание болезни, то есть все тяжелые доэдиповые психические болезни имеют дефицит в Я-структуре, который может быть заполнен различной симптоматикой. В другом месте Аммон описывает структурный дефицит или неразвитые, неинтегрированные сферы Я-структуры (например, при шизофрении) как «дыру в Я».

Понятие здоровья Аммон также рассматривает с динамических позиций. Он понимает человека как постоянное становление: человек постоянно формирует свою идентичность на основе новых возможностей развития. Под здоровым развитием Аммон понимает возможность оставаться способным к развитию, принимать социальную энергию, преобразовывать ее в Я-структуру и затем снова отдавать в группе. Структурно это выражается в преимущественно конструктивно протекающем развитии Я-структуры. Соответственно этому лечение психического больного надо понимать как развитие структуры, которое не придает значения болезненному опыту или упраздняет его.

В гуманструктурологии болезнь и здоровье понимаются как состояния, расположенные и изменяющиеся на одном скользящем спектре (континууме). Здоровье понимается как выражение конструктивных, жизнеутверждающих возможностей Я-функций; болезнь же понимается как задержка развития. В контексте такого понимания развития и изменения в концепции Аммона гуманфункции синергически связаны между собой. Гуманситема представляет собой динамическую, открытую систему, в которой отдельные Я-функции находятся друг с другом и с окружением во взаимном обмене социоэнергетических процессов. Гуманструктура есть результат всех интернализированных сознательных и бессознательных отношений в группах. Чем больше группа способна на отношения и диалог (конфронтацию), тем больше социальной энергии может интернализировать отдельная Я-структура.

12.5. ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Классический психоанализ, разработанный для лечения невротических больных, не показан при архаичных болезнях Я, поскольку последние пациенты столь ограничены в автономии своего Я, что не способны анализировать свое поведение, конфликты и распознавать их как феномены переноса. В связи с этим динамическая психиатрия разработала спектр терапевтических методов, при которых пациенты конфронтируются с их поведением и конфликтами таким образом, что отреагированная патология осознается ими как выражение их собственного психического конфликта. При архаичных болезнях Я бессознательный психический конфликт не выступает в форме изолированного симптома, например, в форме навязчивого действия, как это происходит при неврозах, а пронизывает всю жизненную ситуацию, приводя к ее хаосу. Поэтому терапевтическая ситуация не может изолироваться от жизненной ситуации пациента, но должна охватывать ее как можно шире или прямо представлять.

Основу терапевтического спектра динамической психиатрии представляют две терапевтические техники — групповая терапия и терапия средой. Как терапевтическая группа, так и терапевтическая среда приводят симптоматическое поведение пациента в контролируемую ситуацию, где оно может быть безопасным образом отреагировано, осознано и изменено. В свете этого Аммон следующим образом формулирует задачи терапии, которая представляется как «концепция восполняющего развития Я».

1. Пациент должен осознать конфликты, которые выражаются в его патологическом симптоматическом поведении.

2. Вместо отщепленной симптоматики пациент должен выстроить согласованные и гибкие границы Я, которые позволят ему без возникновения чувства вины отграничить свою идентичность и обеспечат коммуникацию с внутренним и внешним миром.

3. Пациента необходимо поддерживать в развитии и дифференцировке конструктивной агрессии и креативности.

12.5.1. Психоаналитическая групповая терапия

В книге «Динамическая психиатрия» Аммон приводит общие характеристики групповой психоаналитической терапии, подробно освещает ее цели, задачи, тактику терапевта и др. Прежде всего он проводит различия между классическим психоанализом и психоаналитической групповой терапией, которая так же пользуется интерпретацией сопротивления и переноса, то есть распознает в динамике межличностных отношений «здесь и сейчас» выражение бессознательных интрапсихических конфликтов пациента. Однако при этом ин-

терпретируется не только перенос отдельного пациента на терапевта, но также и переносы пациентов друг на друга, перенос каждого на группу и перенос группы в целом на терапевта. Аналитическая групповая терапия, как ее понимает Аммон, не является «психоанализом в группе» в понимании Slavson, она также не есть «психоанализ группы» в понимании Bion, который интерпретирует поведение группы в целом как одного лица. С точки зрения Аммона, специфические возможности групповой терапии заключаются именно в возможности наблюдать поведение отдельного пациента в его связи с бессознательной динамикой группы в целом, то есть связывать интрапсихические процессы отдельного пациента с интерперсональными процессами в группе и делать эту связь отчетливой. Группа как целое, как сеть межличностных отношений, формирует при этом специфическую эмоциональную атмосферу, климат, который определяет собой все поведение в ней. Курт Левин впервые исследовал это силовое поле группы, выдвинув концепцию «групповой динамики».

Групповые процессы могут представлять прямой отпечаток самых ранних форм восприятия и взаимодействия в симбиозе мать—дитя. Группа формирует при этом «первобытную пещеру» в описании Spitz, и именно этот самый ранний уровень коммуникации делает групповую ситуацию столь пригодной для терапии архаических заболеваний Я.

Многие терапевты наблюдали, что группа в целом воспринимается ее отдельными членами на архаической ступени взаимодействия, соответствующей ситуации симбиоза, как мать. Группа делает возможной регрессию Я до стирания границ между Я и не-Я. С другой стороны, группа делает возможным расщепление переноса, поэтому она представляет не только мать. Важно, что расщепляется также и связанная с процессами переноса значительная деструктивная агрессия, которая в группе может легче переноситься и прорабатываться, чем в диадной ситуации.

В то время как необходимой предпосылкой классического психоанализа является то, что пациент в терапевтической ситуации должен обладать интактными границами Я, терапевтическая группа позволяет лечить также тех пациентов, чья проблема как раз и состоит в том, что они не могут выстроить эту согласованную границу Я и поэтому имеют лишь крайне незначительное осознание своего поведения и конфликтов. Для этих пациентов группа как целое перенимает функцию отграничения Я и контроля, и задача терапевта состоит в том, чтобы освещением связи отдельного пациента и группы помогать формированию и дифференцировке функций Я.

Проекция и идентификация, расщепление и отрицание, определяющие (как архаические защитные механизмы) симптоматическое поведение пациента, меняют в рамках терапевтической группы свою функцию и становятся движущей силой терапевтического процесса. Отдельные члены группы, которые чаще не в состоянии рефлексировать И наблюдать свое собственное поведение, часто могут распознавать и отчетливо понимать значение поведения других. Их реакция на патологическую симптоматику других больных конфронтируют их с бессознательной динамикой их поведения. Группа как целое играет роль зеркала, которую в классическом анализе исполняет терапевт, с той разницей, что перед человеком держат несколько зеркал, отражающих его личность

в разных аспектах, одни из которых вырисовываются отчетливо, другие же — лишь в общих чертах.

В то время как в классическом психоанализе предпосылкой является принципиальная способность к осознанию собственных конфликтов и систематическое разрешение сопротивления, групповая ситуация делает возможным осознание собственных конфликтов путем распознавания их в поведении других, причем часто жизненно важные для пациента формы сопротивления сохраняются и могут быть обойдены.

Группа может, однако, лишь тогда реализовать это воздействие, когда она перенимает функции отграничения Я и контроля отдельных ее членов. Для того, чтобы обеспечить своим членам защищенную регрессию, она должна возвести границы для самой себя, сформировать групповое Я, воспринимаемое отдельными членами как защиту. Поэтому важно путем тщательного отбора пациентов и компетентного формирования состава группы создать предпосылки для группового терапевтического процесса. Хорошо, когда разные члены группы соответствуют друг другу по возрасту и уровню интеллекта, а в остальном как можно более гетерогенны с точки зрения симптоматики, пола, профессии, интересов, расы, религии, национальности. Следует, однако, учитывать, что пациенты со специфической симптоматикой, например, сексуальной перверсией, мутизмом, заиканием, не должны включаться в терапевтическую группу поодиночке. Постоянно занимая краевую позицию, они могут с самого начала тормозить групповой процесс. Такой член группы образует «дыру» в ее границе, он привлекает к себе внимание и навлекает на себя агрессию, вследствие чего не возникает совместного группового напряжения — особого агрегатного состояния группы, свидетельствующее о том, что она может чувствовать и воспринимать самое себя. Напротив, отмечает Аммон, два мутичных, два перверсных больных легче переносятся группой и сами чувствуют себя лучше, что в свою очередь стимулирует групповой процесс. Сколь чрезвычайно важным является правильный состав группы, показывает постоянно наблюдаемый факт — некомпетентно структурированные группы через короткое время распадаются.

Важнейшая задача в начальной фазе терапевтической группы состоит поэтому в том, чтобы установить групповые границы. В начале терапии, на первом совместном сеансе заключается групповой договор, обязывающий отдельных членов к регулярному участию в занятиях, абсолютной конфиденциальности относительно полученной в группе информации, исключению личных или интимных контактов членов группы между собой и равной для всех плате за лечение. Все пункты этого группового договора, функционирующего как своего рода супер-эго группы, служат для установления и внешнего укрепления групповых границ.

Группа демонстрирует двойную динамику. С одной стороны, возможность видения себя глазами других способствует поддержанию контроля реальности, что особенно важно для пациентов со слабым Я. С другой стороны, групповая ситуация способствует возникновению феноменов переноса, которые достигают архаического уровня. Часто совместное выступление против терапевта свидетельствует о том, что группа как целое сформировала свои границы, и в ход вступил процесс переноса. Эта динамика переноса несет тогда выраженный

симбиотический характер. На первый план выступают прежде всего проблемы зависимости, страх перед поглощением, страх уничтожения и конфликтная динамика деструктивной агрессии. Задача терапевта на этой фазе группового процесса состоит прежде всего в гарантии интактности групповой границы.

Если группа под влиянием защиты от бессознательного страха нападает на слабого члена группы, чтобы изгнать его, терапевт должен выступить на защиту этого члена, вызвать на себя агрессию группы, тем самым способствуя ее объединению. Защита слабого члена группы важна и потому, что он олицетворяет бессознательный конфликт, занимающий группу. Можно сказать, что каждая группа не сильнее самого слабого своего члена, поэтому задача терапевта — следить, чтобы группа почувствовала это и научилась решать конфликты не расщеплением, то есть изгнанием членов, а проработкой.

Это в особенности отчетливо выступает при параноидной психотической реакции какого-либо члена группы. Такая реакция показывает, что группа в целом достигла архаического уровня регрессии и что пациент стал носителем связанного с этим бессознательного страха на основе своей специфической конфликтной ситуации, предрасполагающей его к этой реакции в группе «здесь и сейчас». Здесь, однако, проявляется двойная функция группы и выражаемых в ее рамках эмоций. С одной стороны, психотически реагирующий пациент в данный момент является самым слабым членом группы. Его защитные механизмы имеют наименьшую сопротивляемость ставшему в группе вирулентному бессознательному страху. С другой же стороны, пациент становится также выразителем того, что все члены группы чувствуют в разной степени. Стараясь с помощью здоровых, конструктивных компонентов Я понять параноидную регрессию и помочь своему психотически реагирующему пациенту, группа прорабатывает его страх одновременно как имманентную ей проблему. В результате группа пытается вновь интегрировать его, то есть вновь заключить его в групповую границу. Поэтому, делает вывод Аммон, *все групповое взаимодействие может рассматриваться как работа по установлению, поддержанию и развитию гибкости границ группы. Таким образом постоянно ведется работа и над проблемой отграничения Я отдельного пациента в группе.*

Важную функцию при этом имеют групповые сны. Каждый сон, рассказанный группе, следует понимать как комментарий, интерпретацию группового процесса. Одновременно он дает информацию об индивидуальной и межличностной психодинамике пациента и группы в целом. Появление групповых снов является чрезвычайно важным дифференциально-диагностическим показателем. Это свидетельствует о возникновении взаимоувязанных границ группы, а также о том, что видевший сон пациент смог интернализировать эту групповую границу как границу своего Я.

Задача терапевта в группе состоит в том, чтобы последовательно делать осознанной связь индивидуальных выражений в группе с динамикой бессознательного группового процесса. Это предполагает, что терапевт осознает динамику переноса на него отдельных членов и группы в целом. Каждый отдельный член группы олицетворяет какой-то аспект личности терапевта. Терапевт становится, таким образом, центральной фигурой группы. Как объект переноса членов

группы и группы в целом, он — олицетворение связи группы и возможностей терапии. Он должен своим поведением показать возможность коммуникации между отдельными членами группы, демонстрируя, что сам может установить связь между различными аспектами своей личности, затронутыми и мобилизованными в переносе отдельными членами группы.

В особенности на начальной стадии терапевт не должен уклоняться от направленного на него архаически-симбиотического переноса и связанной с ним деструктивной агрессии. Наоборот, он должен выступать как личность и всем своим поведением показывать, что можно конструктивно обращаться и с архаическими эмоциями. Групповая ситуация, в которую он включен, требует значительно больше гибкости и твердости, чем стандартная ситуация классического анализа. В той мере, в которой группа в ходе терапевтического процесса формирует, открывает, постоянно прорабатывает и изменяет свои границы, она становится независимой от терапевта.

Терапевтическая группа является не только местом переноса, она является и отпечатком реальной жизненной ситуации пациента. В «здесь и сейчас» терапевтической группы он наталкивается на сходные конфликты и трудности, которые ежедневно испытывает в своей семье, в группе сослуживцев и друзей. Группа представляет на этом уровне отношений своеобразную групподинамическую лабораторию, в которой пациент может изучать свои актуальные трудности. Экспериментирующее взаимодействие в группе, которое с помощью терапевта и остальных членов группы делается предметом интроспекции, становится тогда еще одним фактором, формирующим Я. В особенности важно при этом, что терапевтическая группа конфронтирует с причудливыми чертами межличностного поведения пациента, которые в повседневных группах давно воспринимаются им как нечто само собой разумеющееся. Реакция группы, отдельных членов на это поведение, их здоровое удивление ведет постепенно к тому, что его синтонное Я патологического поведения постепенно отчуждается, становится проблемным и, вследствие этого, доступным проработке. В этом смысле можно сказать, что терапевтическая группа является полем опыта, который может представлять как ситуацию симбиоза, «мир первобытной пещеры», так и реальную ситуацию актуальной жизненной и производственной группы. Между этими двумя полюсами групповая ситуация может стать в рамках той или иной динамики переноса местом действия всех конфликтных констелляций отдельного члена, которые затем могут быть в рамках группы распознаны и проработаны. Предпосылкой этого является возникновение групповой границы, формирование которой становится возможным благодаря отбору и составу членов, групповому договору, сценическому оформлению терапевтической ситуации и функции терапевта как «нейтральной фигуры». Групповая граница служит на всех уровнях терапевтического процесса образцом для границы Я отдельных членов, образует то защищенное пространство, в котором проекции пациента могут восприниматься и переживаться как таковые. Она, само собой разумеется, не является ригидной конструкцией, а постоянно меняется и последовательно заново определяется взаимодействием в группе.

Интегративным фактором терапевтической ситуации является групповая граница — выражение групповой идентичности, которая в ходе терапевтичес-

кого процесса заново определяется, расширяется и дифференцируется проработкой конфликта членов группы. Групповая граница является тем самым выражением терапевтического союза, который члены группы заключают с терапевтом и между собой и постоянно обновляют в ходе проработки конфликта.

Особое значение имеет при этом проработка деструктивной агрессии. Ее появление сигнализирует о неспособности пациента к коммуникации и должна пониматься как результат неспособности коммуникации первичной группы относительно конструктивной агрессии ребенка. Терапевтическая ситуация должна выполнить два требования для проработки этой проблематики, связанной с архаическими заболеваниями Я: 1) она должна выносить напряжение между конструктивной агрессией и деструкцией, то есть она должна отвечать потребности в коммуникации и выносить непроизвольное саморазрушительное повторение патогенных конфликтов; 2) она должна прорабатывать это напряжение и постепенно разрешать его в терапевтическом процессе.

Для успеха терапевтического процесса поэтому чрезвычайно важно, чтобы, с одной стороны, союз между пациентом и терапевтом оставался конфликтоспособным, а с другой — конфликты становились способными к соглашению. Другими словами, обе силы терапевтического взаимодействия — деструктивная динамика бессознательного конфликта и конструктивная динамика терапевтического союза — не должны прекращать сообщаться друг с другом. Терапевтическая группа облегчает пациенту разгрузку его Я, расщепляя его перенос на различных участников группы. При этом проецируемая вовне амбивалентность его чувств облегчает ему идентификацию с положительными аспектами терапевтического отношения. В группе это чаще всего проявляется в том, что формируются, так сказать, две партии, одна — партия здоровья, которая идентифицирует себя с аспектом союза в терапевтической ситуации, другая — партия болезни, которая идентифицирует себя с патологией и защищает ее право на существование. Обе формы проецируемой идентификации служат защите от архаического страха.

Задачей терапевта является, с одной стороны, защищать терапевтическую ситуацию от деструктивной динамики партии болезни путем установления жестких границ, с другой стороны, вызывать на себя агрессию группы, объединяя ее против себя. Это удается не всегда. В ходе начальной фазы, по опыту Аммона, 20-40% больных оставляют терапию. Терапевтический союз в этих случаях не достигается или из-за недостаточной мотивации этих пациентов пойти на риск терапии, или потому, что их деструктивный потенциал столь велик, что угрожает взорвать групповую ситуацию. Самая частая причина прерывания терапии состоит в том, что пациент в своей жизненной ситуации остается союзником партии болезни, которую он не осмеливается покинуть в терапевтической ситуации.

Описывая обе партии, складывающиеся в начальной фазе терапевтического процесса, Аммон указывает на упрощенное представление ситуации. Деструктивная и конструктивная агрессия распределяются не так просто на разных лиц. Если об отдельных членах группы говорится, что они представляют партию болезни, а о других, что они представляют партию здоровья, то под этим имеется в виду, что они занимают позиции на определенный промежуток времени в ходе группового процесса. Интерпретируя групподинамические ас-

пекты этой поляризации, терапевт прилагает усилия как раз к тому, чтобы сделать очевидной многостороннюю связь проекций. Это чрезвычайно важно, поскольку деструктивно ведущий себя пациент повторяет в терапевтической группе ситуацию первичной группы, в которой его поведение априорно интерпретируется как деструктивное, опасное, вредное и подвергается нападкам. Благодаря тому, что его патология в группе понимается и интерпретируется в связи с групповой ситуацией, и его личность заведомо не идентифицируется с его деструктивным поведением, пациент может начать идентифицировать себя с группой как объектом, не представляющим для него угрозы. Эта защитная функция группы становится предпосылкой для регрессии пациента к его архаическим страхам. Пациент тогда начинает постепенно понимать свое деструктивное поведение как не удавшуюся попытку защиты от этих страхов.

Однако группа может принять на себя такую защитную функцию лишь тогда, когда терапевт сам неосознанно не препятствует активному представлению группой архаического конфликта амбивалентности, защищаясь от собственных страхов. Терапевт, который регламентирует групповой процесс поверхностной гармонией бессознательных групподинамических напряжений, чтобы отразить собственные страхи и бессознательные нарциссические потребности с помощью группы, обманывает пациента, лишая его возможности проработать в рамках терапии решающий уровень его конфликтов и страха. В группе возникнет застой, а затем она распадется, то есть непроработанная деструктивная агрессия разрушает возможности терапии. Пациент, который на основе своей специфической биографии становится носителем этой динамики, может совершить самоубийство, чтобы освободиться от враждебных и преследующих объектов, которые он интернализировал и которые не отважился проецировать в ходе терапии.

Это указывает на то, что динамику группового процесса нельзя понимать как технический инструмент в руках терапевта, который он может применять или нет. Бессознательная динамика группы представляет собой естественный процесс, разыгрывающийся во всех группах, сознают это участники или нет. Задача терапевта состоит прежде всего в том, чтобы соответствовать опыту этого процесса. Он сможет тогда мобилизовать конструктивные компоненты Я пациента в процессе проработки его деструктивной патологии и сможет помочь группе и отдельному пациенту открыть свои конструктивные возможности, развить их в совместной работе. Работа с терапевтической группой требует, следовательно, и от терапевта способности работать с переплетением взаимных переносов и со своим контрпереносом в ситуации «здесь и сейчас».

В этом значение введения в группу котерапевта. Он может существенно облегчить работу терапевта, при условии, что оба сотрудничают друг с другом, своевременно распознают и прорабатывают возникающее соперничество. Два терапевта предлагают группе дополнительные дифференцированные возможности переноса, которые могут использоваться терапевтически, если, например, один терапевт в своих вмешательствах использует конфронтацию, а другой берет на себя эмпатически оберегающую функцию. Свободная от страха коммуникация терапевтов является для членов группы образцом терапевтического альянса и расширяет возможности положительной идентификации. Работа с котерапевтом дает, кроме того, взаимный контроль контрпереноса.

Обобщая, можно сказать, что терапевтическая группа дает пациенту, лишенному осознания собственных проблем, возможность воспринимать и наблюдать в рамках группы свою внутреннюю конфликтную ситуацию как межличностный конфликт. Наблюдая поведение других членов группы, он тренирует функции своего Я и, обходя симптоматику сопротивления, осознает свои отщепленные и ставшие бессознательными конфликты.

12.5.2. Терапия средой

Психоаналитическую терапию средой Аммон понимает как попытку разрешить проблему тех пациентов, которые из-за тяжелых нарушений Я не способны на рефлексирующее наблюдение своего поведения и которые не в состоянии с помощью терапевтической группы, представляющей их прошлую и актуальную жизненную ситуацию, осознать свое поведение и конфликты. Терапия должна сделать здесь еще один шаг — от символического воспроизведения жизненной ситуации в терапевтической группе к переводу актуальной жизненной ситуации в терапевтическую среду. Жизненная ситуация и ситуация лечения становятся идентичными.

Терапия средой показана прежде всего для больных, которые вследствие тяжелых нарушений Я не в состоянии представить и проработать свои конфликты одновременно на реальном и символическом уровне взаимодействия в терапевтической группе. Я этих больных настолько загружено бессознательным, что они не интегрируют аспект реальности группы и не могут использовать его для терапевтической работы.

Перевод актуальной жизненной ситуации пациента в терапевтическую делает почти все проявления жизни пациента доступными наблюдению и интерпретации. Этот перевод связан со специфическими проблемами и требует кардинального изменения психоаналитической техники, которая в некоторых отношениях соответствует технике, предложенной Анной Фрейд для разработанного ею детского психоанализа. Детский аналитик становится активным партнером в мире игр ребенка, которые представляют его жизненную ситуацию. Психоаналитически ориентированный психиатр становится активным партнером пациента с нарушенным Я в терапевтической среде, ставшей жизненной ситуацией пациента.

Терапевтическая ситуация детского анализа и терапевтической среды должна выполнить две задачи. Как локус отреагирования патологической симптоматики она служит пациенту для повторения патогенной жизненной ситуации в первичной группе. Терапевтическая ситуация является в этом смысле локусом переноса. Поскольку перенос происходит в ситуации, свободной от патогенной динамики первичной группы и поэтому отвечающей на поведение пациента не враждебно деструктивно, а пониманием и защитой, речь идет не о простом повторении, а о коррекции раннего опыта. Эта двойная динамика повторения и коррекции является психодинамическим основным законом терапии тяжелых нарушений Я.

То обстоятельство, что психически больной, как и ребенок, не может говорить о своих конфликтах, а вынужден лишь воспроизводить их в своем поведении, приводит к необходимости модификации терапевтической техники, суть которой Аммон выражает в двух пунктах:

1. Терапевт прямо становится активным партнером в жизненной ситуации пациента. Он становится одним из важнейших факторов этой жизненной ситуации. В отношении взаимодействия терапевт—пациент речь идет, следовательно, об активной прямой терапии.

2. Терапевт в совместной ситуации терапевтической среды является истолкователем поведения и конфликтов пациентов лишь во вторую очередь. Он интерпретирует действия и конфликты пациентов и отвечает на них, прежде всего, своим поведением. В том, что касается вербальной аналитической интерпретации, речь идет, следовательно, о непрямой терапии.

Иными словами, терапевт вступает в жизненную ситуацию пациента как активный партнер, чтобы помочь ему понять и изменить ее. Цель при этом состоит в предоставлении пациенту в рамках терапевтической среды и в прямом взаимодействии корригирующего эмоционального опыта (Франц Александер), часто впервые вызывая в нем ощущение удачи и положительное чувство собственного существования. Таким образом, может быть создана основа чувства Я, позволяющая пациенту постепенно принять вербальную аналитическую интерпретацию своего поведения и конфликтов и работать с этой интерпретацией.

Аммон описывает психодинамические предпосылки, которым должна соответствовать структура и организация терапевтической среды, на примере динамически-психиатрической клиники Меннингера, в которой лечатся пациенты с классической психиатрической патологией. Терапевтическая бригада включает терапевтов, молодых психиатров, находящихся на обучении, клинических психологов, социальных работников, медсестер, санитаров, интернистов, священников, арт-терапевтов, музыкотерапевтов, трудотерапевтов и т. д. Разные члены терапевтической бригады выполняют специфические функции в формировании терапевтической среды, ее поддержании и укреплении. Связь этих различных функций, их безупречная согласованность осуществляется благодаря постоянной совместной рефлексии и контролю, последовательным супервизиям. Задача терапевтической бригады в целом та же, которую выполняет терапевтическая группа психоаналитической групповой терапии. Благодаря установлению гибкой общей границы группы, окружающей и больного, в реальности межличностных отношений формируется образец границ Я, которые пациент должен выстроить в ходе восполняющего развития Я. Группа как целое имеет двойную функцию: она должна позволить пациенту повторение его травматического опыта и систематически корригировать это повторение понимающим и конструктивным реагированием.

Отдельные члены бригады имеют при этом специфические задачи. Центральная фигура бригады — психиатр, который несет ответственность за пациента и координирует все взаимодействия в бригаде. В рамках более узкой терапевтической ситуации терапевт стремится постепенно подвести пациента к осознанию динамики интернализированных конфликтов, переноса и сопротивления и заложить основу для постепенно развивающейся вербализации вза-

имодействия. Остальные члены бригады поддерживают и укрепляют возникновение и постепенное дифференцирование этого процесса. Персонал, олицетворяющий учреждение клиники и ее распорядок, расширяет более узкую терапевтическую ситуацию, трансформируя ее в терапевтическое поле. Задача персонала состоит в том, чтобы представить пациенту реальность ситуации и конфронтировать его с различными аспектами его жизненной ситуации в клинике тогда, когда его патологические ожидания, определяемые бессознательной динамикой переноса, не совпадают с реальностью.

Сотрудники обращаются с пациентом с самого начала как с лицом, несущим за себя полную ответственность, инфантильная сторона его личности игнорируется или не принимается, обращаются к здоровому Я. При необходимости здесь показано целенаправленное назначение психофармакологических средств для смягчения тяжелых состояний. Постоянная конфронтация с больными компонентами Я, воспринимаемая больным в дружеском, но ориентированном на реальность поведении персонала, расшатывает патологические компоненты его личности, которые постепенно начинают переживаться как чуждые Я и становятся проблемой, которая затем прорабатывается психотерапевтически. Затем терапевт сначала неформально, преимущественно невербально входит в контакт с пациентом в ситуациях страха, агрессии, трудностей, которые тот переживает в повседневной жизни в клинике. Лишь постепенно из этих неформальных контактов разовьется более формализованная психотерапия. Аммон иллюстрирует это следующим примером из собственной практики:

«В клинику Меннингера поступил пациент 35 лет в сопровождении своей 70-летней матери, которая обращалась с ним буквально как с 5-летним ребенком. Она, например, говорила: «Но, мальчик, даме полагается открывать дверь, нести ее сумку, надо приветствовать взрослых поклоном» и т. п. Все детство пациента «водили за ручку» враждебная мать и «успешный» брат, бежавший в политическую деятельность и добившийся высокого государственного поста. Во время первой беседы Джон выглядел большим славным ребенком, который был погружен в фантазии величия, и время от времени впадал в состояния, которые в традиционной психиатрии были бы обозначены как параноидное возбуждение, и в которых проявлялся беспомощный протест против постоянно преследующей матери. В начале лечения у меня было ощущение, что я не нахожу у пациента буквально ни кусочка здорового Я, с которым бы я мог работать и вступить в союз. Наконец, во время неформальной прогулки я нашел к больному мостик. Он охотно и хорошо играл в настольный теннис. Я включился, играл с ним, брал у него уроки и, благодаря этому, смог выстроить психотерапевтическую программу и программу терапии средой, которая помогла ему постепенно расширить и отграничить область своего опыта и вербализацию потребностей вплоть до вербальной психотерапии (Аммон)».

Задача терапии средой состоит в том, чтобы дать пациенту в ряде дифференцированных ситуаций возможность открытия и развития конструктивных компонентов Я. Особенно важно в связи с этим, чтобы пациент прорабатывал и вербализировал опыт, приобретаемый в процессе терапии средой в рамках последовательного психотерапевтического контакта с терапевтом. Благодаря вниманию, которое терапевт уделяет всякому опыту пациента и участию, которым

сопровождаются его действия, здоровые компоненты Я пациента получают дополнительное подкрепление и тем самым все больше оказываются способными противостоять больным компонентам Я. Это противостояние патологическим компонентам Я остается постоянной целью всей терапевтической работы.

Терапевтическая среда в целом является лишь непременной предпосылкой для аналитико-психотерапевтического освещения и проработки бессознательных конфликтов пациента. В ходе терапии средой терапевт старается дать пациенту ту меру защиты, которая нужна ему для поддержания границ своего Я, и в то же время дать ту меру аналитических интерпретаций, которую он может переработать с помощью своих вновь развитых или вновь открытых конструктивных сил Я.

Это означает, что диагноз должен постоянно ставиться заново, диагностический процесс должен синхронно сопровождать терапевтический, также как терапия средой должна соответствовать достигнутому уровню развития Я пациента. Постоянная синхронизация различных уровней терапевтического процесса есть задача психиатра, координирующего программу терапии средой. Она облегчается постоянными контрольными занятиями всей бригады, на которых интегрируются все наблюдения, сделанные различными членами в контакте с пациентом. Эти контрольные занятия служат также постоянному осознанию проявлений переноса всех участников, что является важным ключом к психодинамике пациента и ее изменении в ходе терапевтического процесса.

Важным аспектом .программы терапии средой является работа социального работника с родственниками больных. Опыт Аммона показывает, что если в ходе лечения не удавалось добиться определенной степени сотрудничества с родственниками или друзьями пациента, то успех терапии находился под угрозой.

Сначала терапевтическая бригада берет на себя за больного Я-функции интеграции, отграничения и контроля. Она с самого начала систематически работает над тем, чтобы постепенно передать эти функции под ответственность пациента. Предпосылкой для этого является то, что в рамках центральной психотерапии, которую делает возможной и поддерживает, но не заменяет, терапевтическая среда, становится сознательной связь между инфантильным опытом пациента в его патогенной первичной группе и его актуальным опытом в терапевтической среде.

В отличие от терапии средой, традиционно применяемые в психиатрических клиниках трудотерапия и терапия занятостью имеют, по мнению Аммона, недолговременный эффект. Эти виды терапии ограничиваются изменением актуальной жизненной ситуации пациента в рамках клиники и оставляют глубинно-психологический уровень его бессознательных конфликтов непроработанным. Они не освобождают пациента от его бессознательных страхов и потребности в зависимости.

12.6. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ (психотерапия пограничного синдрома)

Здесь приводится наблюдение Г. Аммона, опубликованное им в обзорной статье «Динамическая психиатрия — Гуманструктурология», помещенной в «Руководстве по психотерапии» W. Toman.

Многие пациенты, обращающиеся за помощью в клинику динамической психиатрии, относятся к группе больных с пограничным синдромом («бордерлайн-синдромом»). На примере приведенного случая Аммон, прослеживая процесс лечения, пытается прояснить метод лечения и при этом представить феномены симбиотического переноса.

Прежде чем перейти к изложению истории болезни, рассмотрим основные моменты психотерапии пограничного синдрома.

Поскольку дезинтеграция личности при пограничном синдроме является ядерным расстройством, то основным в психотерапии является включение в нее целостной личности пациента, его интересов и способностей. Как раз конструктивные гуманфункции пациентов требуют социально-энергетического внимания, служат контактным мостом к достижению идентичности. Методика социально-энергетической, гуманструктурной работы названа Аммоном *психотерапией идентичности.* Вопрос идентичности стоит в центре психотерапии пациентов с пограничным синдромом. При этом речь идет не столько об устранении симптоматики, сколько о том, чтобы сделать больного способным к самопринятию (акцептации) и к общению со своим окружением. Гуманструктурный подход означает, что необходимо проникнуть в бессознательное ядро личности, преобразовать деструктивно и дефицитарно развитые ее составляющие в конструктивную идентичность.

Для психотерапии пограничных больных важно, не ставя в центр работы устранение поведенческой симптоматики, акцентировать внимание на заблокированном страхе и гневе. Этого часто нельзя достичь формальной психотерапией, интерпретацией переноса, сопротивления или анализом отношений пациента. В психотерапии этих больных успешно используется групповая психотерапия, однако же центральное место отводится в ней невербальным методам, в особенности таким как терапия рисованием, музыкотерапия и развиваемая Аммоном и его последователями гуманструктурная хореотерапия. Большое значение имеет также интенсивная терапия средой со специально разрабатываемыми совместно с пациентами рабочими проектами. Для успешного лечения пациентов с пограничным синдромом необходимо, чтобы эти разнообразные грани терапии интегрировались в целостном лечебном пространстве клиники через группу, включающую всех психотерапевтов и сотрудников, на теоретической основе холистического, многомерного и групподинамического понимания человека и его развития.

Большое значение имеет первая встреча пациента с врачом. Эта встреча создает основы взаимного доверия при обследовании и лечении. В терапии принимает

участие весь коллектив клиники: психотерапевты, психологи, социальные работники, интернисты и специалисты по терапии средой, медицинские сестры и санитары, вплоть до вспомогательного персонала. Терапевтическая деятельность динамической психиатрической клиники настолько эффективна, насколько хорош ее коллектив, его квалификация и в особенности, насколько групповая динамика целостного коллектива клиники используется для создания психотерапевтического климата. Особенно важны для этого ежедневные конференции и, по возможности, групподинамическое обсуждение собственного опыта за определенные периоды времени. При лечении больных с пограничным синдромом терапию осуществляет не только лечащий врач, но и весь коллектив, образующий терапевтическую сеть, которая координируется супервизорской работой. Важнейшее значение имеет динамика «большой группы» (собрания всех пациентов клиники), равно как и различных малых групп, например, психотерапевтической группы или группы, выполняющей свой рабочий проект в рамках терапии средой и др.

Типичным в психотерапии пациентов с пограничным синдромом является то, что они длительное время не могут ощутить свои собственные трудности, деструктивность и дефицит своего личностного функционирования. Они не рассматривают болезнь в качестве «противника», против которого они сражаются вместе с психотерапевтом и группой, но понимают каждую конфронтацию или ограничение как выпад против них. Поэтому вначале необходимо избегать любой конфронтации в конкретных ситуациях, поскольку она может показаться еще слишком, субъективно обоснованной.

В течение всего процесса гуманструктурной работы следует постоянно принимать во внимание чрезвычайно выраженный деструктивный страх пациентов с пограничным синдромом. Необходимо показать пациентам, насколько психотерапевты могут вчувствоваться в их страх. Когда больному удастся переносить этот страх, он станет ощущать все больший контакт с самим собой, с психотерапевтами, с другими людьми и предметами, и страх начнет исчезать. Именно принятие страха часто представляет собой поворотный пункт всей психотерапии. Пациенты становятся мягче, они становятся более открытыми, так как больше не должны отвергать другие мысли, другие восприятия, в целом другую реальность, как враждебную их собственной. Страх начинает испытываться как одно из качеств человеческих контактов. Это качество присуще жизни в целом и поэтому не должно отрицаться. Рост понимания этого постепенно приводит к разрушению паранойяльных тенденций. Шаг за шагом пациент начинает осознавать, что деструктивный страх соответствует неправильной установке по отношению к реальности и ошибочному восприятию окружающей действительности.

При тяжелых формах деструктивного и дефицитарного нарциссизма и страха вначале часто невозможно применение групповой психотерапии. Страх может быть связан с чрезмерно сильной ревностью. Такие пациенты не в состоянии делить психотерапевта с другими людьми. Поэтому вначале проводится индивидуальная психотерапия, направленная на создание необходимого контакта с пациентом. Особое внимание в ходе психотерапии должно быть обращено на гнев и деструкцию, которые также могут иметь дефицитарные формы. Гнев, как правило, направлен на того, от кого исходит предложение о контакте и призыв к работе. Гнев можно рассматривать как обратную сторону

страха. При негативных и провоцирующих установках психотерапевта недоучет этого обстоятельства может парализовать психотерапевтический процесс на долгое время. Решающим в лечении является гуманструктурное и групподинамическое взаимодействие по принципу «здесь и сейчас», то есть отношения из прошлого или настоящего пациентов могут рассматриваться применительно к актуальной терапевтической ситуации.

Лечение не всегда может оказаться успешным, однако психотерапевт должен идти на риск; все усилия его направлены на то, чтобы увеличить силу Я, благодаря чему интегрируются все центральные гуманфункции, такие как отграничение Я, агрессия, страх, телесное Я, способность к контактам, креативность. Такая координация определяется Аммоном как идентичность. В этом смысле задача психотерапии идентичности заключается в том, чтобы вернуть человеку, отчужденному от самого себя, способность к контакту и открыть себя для других людей, групп и в конечном счете для общества.

Аммон подчеркивает также, что важнейшим для работы с пограничными пациентами является личность психотерапевта. Он должен быть способным к контакту, быть добрым, теплым и заботливым, свободным от предубеждений, знать свои собственные достоинства и недостатки. Он должен уметь защищать свою точку зрения и идентичность как перед пациентами, так и коллегами, даже если ему это по каким-то причинам и трудно. Это особенно важно при взаимодействии с деструктивно-агрессивным потенциалом пациентов. Кроме того, психотерапевт должен быть способным к игре, свободным от моралистических догм и от «ярлыкового» психиатрического мышления.

Для пограничных пациентов с их многомерными нарушениями необходимо терапевтическое, групподинамическое и социально-энергетическое поле, в котором координируются различные группы и многомерные деятельности и через разнообразно работающих психотерапевтов обеспечивается интеграция лечебных процессов. По отношению к пациентам с пограничным синдромом следует постепенно проявлять больше доверия и ответственности, для чего и служит терапевтическая среда. Таким образом, в лечении каждого пациента участвует целая группа психотерапевтов, которые говорят друг с другом о нем и вместе с ним контролируют лечение при наличии регулярных супервизионных семинаров и врачебных конференций. Эта совместная работа позволяет улавливать проблемы контрпереноса. С помощью социальных работников коммуникативный процесс становится общей групповой проблемой психотерапевтов. Проводится также постоянная и интенсивная работа с семьей пациента.

История болезни. Пациентка Сильвия К., 40 лет, пришла в клинику в сопровождении старшей подруги. Незадолго до этого она прошла лечение традиционным психоанализом. Причиной неудачи явилось то, что фрау К. отказывалась анализировать отношение к своей подруге и, несмотря на сильные чувства вины из-за своих гомосексуальных желаний и склонностей, относила их к своей личности и не желала уступать. Анализ начался полтора года назад в связи с астматическими приступами и участившимися депрессивными состояниями. Она поступила в психотическом состоянии, которое включало параноические компоненты. Предварительный диагноз — «бордерлайн-синдром».

Эти пациенты характеризуются разнообразной, часто противоречивой и изменчивой симптоматикой, что позволило Аммону говорить о «бегстве в псевдоидентичность». Ядром заболевания является центральный дефицит идентичности, который прячется за функционирующим фасадом личности, формы проявления которого постоянно меняются. В сверхадаптации к внешней или внутренней реальности мы узнаем нарушение центральных Я-функций, Я-отграничения и автономного Я. Деструктивная или дефицитарная агрессия выражается в изменчивой симптоматике, которая препятствует контактам и отношениям. Часто эти пациенты используют сексуальность и сексуальное поведение для избегания страха, одиночества и чувства внутренней пустоты. Сексуальная идентичность связана с идентичностью в целом: эти люди не знают ни кто они, ни кем они могли бы стать. Ранняя групповая динамика этих людей характеризуется дискретными отношениями, часто они находят признание в группе только в сфере достижений. Ребенку не обеспечивается семьей постоянное чувство безопасности.

До поступления в клинику фрау К. была сильно взволнована, недоверчива, тревожна, деструктивна в поведении. Ее фасад самоуверенной, активной женщины — она работала в крупной фирме в качестве инженера-электронщика — рухнул, когда на работу был принят более молодой коллега. Она все бросила и убежала к подруге. Задачей терапевта при первой встрече было установление контакта с пациенткой. Терапевт реагировал дружелюбно и без нарушения границ, не поддавался на постоянные провокации фрау К. и не позволял ей перехватить инициативу во время беседы, к чему постоянно стремилась фрау К. в своем параноическом страхе. Он деликатно соблюдал границы, проявлял интерес и дружелюбие к пациентке, не добиваясь ее расположения к себе, чего боялась фрау К., и успокаивал ее. Фрау К. начала рассказывать о себе и своей жизни. Она — единственный ребенок в семье. Оба родителя были школьными учителями. Отец умер, когда девочке было 6 лет, от последствий ранения, полученного во время войны. С этого времени у нее развилась еще более сильная привязанность к матери. Она часто играла одна, любила книги и технические игрушки. Контакты с другими людьми были ограничены. В детстве она была болезненным ребенком и со времени смерти отца страдала астматическими приступами. В последующие недели фрау К. вела себя спокойно, вежливо, но была замкнута в себе. Внешне она производила впечатление, как будто ей стало значительно лучше: здоровее здорового. Во время индивидуальной терапии она много говорила о своем детстве, о ситуации на работе, отношении к подруге и о первой терапии. В мильотерапевтической группе она установила тесный контакт с одной пожилой женщиной. И все же она оставалась в стороне, держалась незаметно. Это «улучшившееся» состояние можно было рассматривать как поверхностное: фрау К. функционировала так, как обычно в своей жизни. Требования в мильотерапии она охотно выполняет, для разнообразия выполняет физическую работу. В групповой психотерапии фрау К. молчит о себе, о происходящем в группе также ничего не говорит. Конфронтация и изменение не происходят. Терапия стагнируется.

Я-структурная терапия имеет место в ситуациях отграничения. Задача терапевта заключается в том, чтобы создать такие ситуации для пациента, которые бы он переживал. Для этого необходимо, чтобы терапевт выступал как человек

с чувствами, установками и поступками. Я-структурная работа является основополагающим принципом в динамической психиатрии, ядром терапии идентичности. Содержанием является конфронтация с дефицитарными и деструктивными аспектами Я на основе терапевтического союза со здоровыми аспектами личности. Как раз у параноидных пациентов часто трудно поддерживать этот союз. Учитель Аммона Карл Меннингер говорил, что «параноик кусает за руку, которая его кормит». Центральным пунктом конфронтации является деструктивная агрессия, из которой исходит проработка других деструктивных и дефицитарных Я-функций, особенно нарциссизма. Архаические чувства ярости и одиночества освобождаются и проясняется динамика, которую человек бессознательно на основе своей патологической структуры снова создает, что делает возможным в терапевтической среде наверстать развитие Я.

Фрау К. воссоздала в переносе динамику своего детства, в котором она жила «в стороне» — к ней относились хотя и дружелюбно, но относительно без внимания (не считаясь с ней). Ситуация отграничения (Grenzsituation) возникла тогда, когда фрау Л., 25-летняя студентка архитектуры, была принята в качестве новой пациентки в психотерапевтическую группу.

Фрау К. (обращаясь к фрау Л.): Я не понимаю, почему ты здесь, ты ведь здорова, говоришь по-книжному, как элитная пациентка.

Пациент А.: Дай ей говорить. Ты все время молчишь. Если тебе есть что сказать, ты можешь это сделать.

Фрау К.: Мне никто не дает слова. Кроме того, мной никто не интересуется. Терапевты здесь просто так сидят, вместо того, чтобы помогать.

Фрау К. начинает плакать, жаловаться, что ее не понимают.

Групповой терапевт: Фрау К., теперь вы плачете и собственно испытываете сильную злость и ревность.

Фрау К.: Я вообще не злюсь. Здесь всем должны помогать. Я только требую своего права, но здесь все против меня.

Словесная перепалка длится еще некоторое время, затем фрау Л. снова становится объектом разговора. Фрау К. молчит с ожесточенным видом и устремив взгляд в пол. Когда групповой терапевт в конце сеанса еще раз заговаривает, она выглядит злобной, но ничего не говорит. На мильотерапию фрау К. не приходит, якобы из-за головной боли. Вечером она идет гулять со своей подругой-пациенткой. На индивидуальной терапии на следующий день она ожесточена, выглядит недоверчивой. При разговоре о фрау Л. она отказывается от контакта, смотрит в пол. В течение этого дня она снова приходит на мильотерапию. В этой группе присутствует также ее подруга-пациентка. Обе вовлекаются в ссору. У фрау К. после этого возникает тяжелый астматический приступ, на следующий день она остается в постели и пропускает групповую психотерапию. Фрау К. посещает врач, ее подруга по клинике приносит даже цветы. Предметом разговора является болезнь, удушье, чувство слабости. Когда ее посещает индивидуальный терапевт, у нее снова возникает тяжелый приступ астмы. Через неделю после этого она появляется на групповой психотерапии еще бледной и ослабленной и сообщает о своем намерении отправиться на днях в соматическую клинику, чтобы там обследоваться и затем уйти домой. Группа чувствует себя озадаченной и застигнутой врасплох. Одни пациенты реагируют гневом, другие (особенно фрау Л.) страхом и чувством вины, некоторые пытаются установить дружеский контакт. Групповой терапевт говорит о силь-

ном страхе, который, должно быть, испытывает фрау К., который находит свое выражение в болезни и мысли именно сейчас покинуть клинику. Фрау К. молчит и покашливает, остается непреклонной и говорит, что ее решение твердое.

Сколь неустойчивы возможности функционирования фасада фрау К., показывает ее реакция на фрау Л. Сначала она реагирует деструктивной агрессией и деструктивным нарциссизмом, затем в связке с психосоматической реакцией агрессия и нарциссизм становятся дефицитарными. Злость и нарциссизм связываются в психосоматический симптом. Групподинамически выявляется в психотерапевтической группе, как фрау К. делегирует свои чувства: пациенты реагируют страхом, злобой и чувством вины, которые, собственно, являются чувствами фрау К. Такая делегация чувств типична для пациентов с бордерлайн* синдромом. Делегируется также страх, который теперь переживает фрау Л., но который первоначально был страхом фрау К. перед фрау Л. По реакции группы мы можем считывать, что разыгрывается в бессознательном фрау К., какие агрессии и страхи наполняют ее. Фрау К. реагирует нарциссическим сопротивлением, которое Аммон описал как типичное для архаических заболеваний Я. Психосоматические реакции тоже можно понимать как сопротивление — сопротивление против контакта и идентичности. Нарциссическое сопротивление Аммон рассматривает также как параноидное сопротивление, связанное с патологическим нарциссизмом и опосредованно с крайними страхами одиночества и смерти. К этому комплексу относится также страх контакта и страх достижений (успеваемости, результатов). Фрау К. уклонилась от них через психосоматическую реакцию. Дружелюбные предложения контакта она воспринимает как угрожающее нападение, от которого она хочет убежать в соматическую клинику. Надо также указать на близость пациентки к психозу. Центром тяжести является огромная деструктивная агрессия, которая направлена против ее психического бытия и может вызвать психоз. Сейчас деструктивная агрессия направлена против собственного тела и связана с физическим симптомом — астмой. Так же и страх связан пока только с телом. Страх и ярость она не ощущает, оба дефицитарны, за что эти больные получили название алекситимии. Пациенты с подобной картиной болезни рассматриваются как некурабельные. Традиционный психоанализ говорит в таких случаях о «негативной терапевтической реакции». Аммон говорит о нарциссическом сопротивлении, который указывает на центральный Я-структурный дефицит. Фрау К. находится на границе: если она покинет клинику в этот момент, то она точно знает, что ее жизнь потечет по-прежнему. Если же она пойдет на предложенный ей контакт в различных терапевтических сферах, то она испытает много страха, обиды (оскорбления) и злости, как в ранние годы своей жизни.

Далее Аммон критически рассматривает фрейдовское понятие переноса. Задача терапевта состоит не в том, чтобы отменять вытеснение, толковать событие переноса, а в том, чтобы, будучи опытным человеком в конкретном межличностном отношении, которое представляет терапию, дать возможность человеку узнать новое. Аммон считает важным, чтобы терапевт отказывался от собственных потребностей в угоду пациента. В этом пункте он ссылается на советского ученого Ф. В. Бассина, который рассматривает критически понятие переноса и считает, что положительные эффекты психотерапии основываются на эмпатии и сочувствии, а не наформе и методе традиционного психо-

анализа. В этой связи Ф. В. Бассин обсуждает понятие социальной энергии и то значение, которое имеет межчеловеческий контакт как специфическая форма отношения для психотерапевтического процесса, и для исходящих из него отношений. Если терапевта рассматривать лишь как экран для переноса, то его значение как человека обесценивается, что как раз является противоположностью психотерапии, цель которой Аммон понимает как процесс гуманизации. Предпосылкой для терапевтической конфронтации является создание социоэнергетиченского поля, на почве которого затем уже может происходить конфронтация с деструктивными аспектами Я. Эта конфронтация с деструктивными, больными частями Я часто переживается параноидными пациентами как нападки на всю их личность: они чувствуют себя отвергнутыми и покинутыми, вновь переживают прежние отвержения и обиды и реагируют деструктивно-защитным образом на контакты.

В индивидуальной беседе с фрау К. произошел следующий разговор.

Терапевт: Фрау К., я слышал, что вы собираетесь уйти из клиники, я очень удивлен, что ничего не знал о ваших планах прежде.

Фрау К.: Да, мне просто нужно основательное физическое обследование. Здесь это невозможно.

Терапевт: Что? Это совсем не так. Вы же только вчера были осмотрены нашим терапевтом. Кроме того, я слышал, что вы хотите вернуться домой?

Фрау К.: Да, я думаю, что достаточно долго получала терапию здесь.

Терапевт: Что бы я еще мог для вас сделать в эти последние часы?

Фрау К.: Что сделать для меня? Когда вы пришли, с моей болезнью стало значительно хуже. Я поняла, что вы не можете мне помочь.

Терапевт молчит.

Фрау К.: Вы все время молчите. С меня хватит.

Терапевт: Что же Вас так раздражает?

Фрау К.: Все лечение здесь, как здесь относятся. Вы же все равно не слушаете.

Терапевт (удивленно): Я? Вы же только что сказали, что я слишком мало говорю.

Фрау К.: Как вам не стыдно. Вы бездушный человек. Здесь нет серьезного отношения.

Каждый делает, что хочет. Вы только напрягали меня.

Терапевт: Послушайте! Не вы ли поступаете опрометчиво? Это вы сделали напрасными все мои усилия. Но если вы хотите уйти — пожалуйста!

Фрау К.: Теперь я получила сполна! Теперь меня еще и выбрасывают! Я рассказала вам самые интимные вещи из своей жизни, и теперь я должна просто уйти. У вас нет ни стыда, ни совести! С таким как вы мне больше нечего делать.

Фрау К. в бешенстве швыряет пепельницу в стену. Она рыдает. Терапевт принимает отчаяние фрау К. Когда она успокаивается, он указывает ей на то, что такое поведение, от которого она так страдает, является типичным для нее в отношении с другими людьми, которых она отталкивает или избегает, как раз тогда, когда начинает возникать контакт. Фрау К. говорит о своем страхе быть покинутой и безумной злости и обиде, которые она испытывает, когда человек, который ей нравится, обращает внимание на других. Все началось с появления фрау Л. Так же она сбежала с работы, когда был принят более молодой коллега, она так же враждебно воспринимала его и всю ситуацию, словно

ее лишали воздуха. «Как при астме», заметил терапевт. Фрау К. насторожилась. Через некоторое время она сказала, что хотела бы остаться, если это еще возможно.

Важным в поведении терапевта было то, что он относился к пациентке-с пониманием и сочувствием и не реагировал обидой и не выговаривал ей за запланированный уход из клиники. Такое поведение часто трудно выдержать, так как бордерлайн-пациенты, подобно фрау К., склонны провоцировать терапевта и навязать ему характерную для них болтанку в установлении и разрыве отношений, от чего они сами страдают. Страх, который часто выступает вместе с терроризирующей ревностью, является архаическим страхом одиночества (заброшенности), причем терапевт должен помочь перенести его вместе с пациентом и преодолеть. Если пациенту удается превозмочь этот страх, он найдет больше контакта с самим собой и другими людьми и мучительная ревность стихнет. То, что происходит в этом сеансе индивидуальной терапии, есть начало конфронтации с этой темой, начало терапевтической конфронтации с деструктивной агрессией. Имеет значение то, что терапевт принимает эту злость, не испытывает страха перед пациентом и не пытается оправдываться перед ним. Плоскость, о которой идет речь, — это прошлое. Фрау К. воспринимает терапевта как отказывающего взрослого из ее детства. Это конфликтное событие, которое в таких ситуациях оживает и должно быть проработано. Не вытесненное должно быть извлечено наружу, а должен быть наверстан какой-то недостающий (дефицитарный) аспект (фрагмент, часть) развития, часть неструктурированной личности должна получить новую структуру. При этом освобождаются сильный страх и агрессия, которые часто удается только переносить и прорабатывать, так как в динамическо-психиатрической клинике существуют многие отношения, сеть контактов с сотрудниками и с пациентами, которые всегда поддерживают человека в крайних ситуациях и он никогда не остается один. Наиболее важным для успеха лечения тяжелых пациентов является мера (степень) социальной энергии, которую может дать терапевт, и сила социоэнергетического поля, то есть конструктивность, которая заключена в общей групповой динамике клинической среды.

Описанный сеанс индивидуальной терапии был важным для фрау К. Она начала задумываться, стала серьезнее и искреннее. В групповой психотерапии она начала более активно включаться, стало уменьшаться ее приспособительное поведение. Астма больше не возникала — и со дня прихода в клинику прошло два года. Вслед за фазой конфронтации, подобной описанной, последовала фаза, в которой центральной стала проблема ее существования и становления. При этом особенно актуальной стала конфронтация с ее сексуальной идентичностью, свободная от чувства вины сексуальность и отношение к своей собственной андрогинии. Беседы с ней, с матерью и социальным работником клиники углубили ее понимание динамики своего заболевания, расширили понимание ее актуальной групповой динамики и помогли ослабить все еще существующие симбиотические отношения зависимости между матерью и дочерью, обе стали лучше понимать друг друга.

Глава 13

МЕТОДЫ АУТОГЕННОЙ РЕЛАКСАЦИИ

Методы аутогенной (самостоятельно вызываемой пациентами) релаксации могут использоваться как дополнительные к основному психотерапевтическому методу (например, патогенетическому анализу, когнитивно-поведенческой терапии), как составляющие ряда экспозиционных техник (типа систематической десенситизации Wolpe) для уменьшения эмоционального напряжения и уровня страха у больных неврозами и другими эмоциональными нарушениями, а также в качестве самостоятельных методов преодоления и профилактики стрессовых состояний у относительно здоровых людей.

Под «релаксацией» понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью, которое ощущается либо во всем организме, либо в любой его данной системе (Дж. Эверли и Р. Розенфельд).

Наиболее часто используемыми методами аутогенной релаксации являются нервно-мышечная релаксация, медитация, аутогенная тренировка и различные формы биологической обратной связи.

13.1. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕЛАКСАЦИОННЫХ МЕТОДОВ

Использование поведенческих аутогенных методов релаксации широко практиковалось в восточных культурах. Тем не менее на Западе эти методики стали изучаться и использоваться в клинике относительно недавно. Клиническое применение поведенческих релаксационных методик оказалось весьма полезным при лечении чрезмерного стресса и его клинических проявлений. Овладение пациентом общими навыками релаксации имеет терапевтическое значение для лечения стрессовых состояний по нескольким очевидным причинам.

1. Практика релаксации может вызвать на определенное время «трофотропное состояние». Трофотропное состояние характеризуется общим понижением психофизиологической активности; его можно назвать гипометаболическим состоянием бодрствования. Это состояние общей релаксации опосредовано парасимпатической нервной системой. Такая глубокая релаксация обладает терапевтическим эффектом вследствие того, что она, во-первых, является с физиологической точки зрения полной противоположностью симпатической стрессовой реакции, а во-вторых, по-видимому, способствует восстановлению психофизиологического функционирования организма.

2. Постоянное практическое применение (1-2 раза в день в течение нескольких месяцев) этих методов может способствовать возникновению пониженной активности лимбической и гипоталамической областей мозга. Этим можно объяснить то, что пациенты, занимающиеся релаксацией в течение нескольких месяцев, сообщают об уменьшении у них общей тревожности, что является своего рода профилактической «антистрессовой» тенденцией. На клиническом уровне это означает снижение предрасположенности испытывать чрезмерное психологическое и физиологическое возбуждение в стрессовой ситуации.

3. Сообщают о сдвигах в структуре личности пациентов, практикующих релаксационные методы в течение продолжительного периода времени. Согласно литературным данным, эти сдвиги направлены в сторону позитивного психического здоровья. Самыми заметными из этих изменений является смещение по направлению к внутреннему локусу контроля поведения, развитие более адекватной самооценки. Результаты исследований, на которых основаны эти положения, надо рассматривать как предварительные, но они имеют большое прикладное значение для психотерапии и для охраны психического здоровья.

До последнего времени многие считали, что релаксационные методики представляют собой совершенно безопасную форму терапевтического воздействия. Однако с возрастанием популярности и широты применения этих методик были установлены меры предосторожности и ряд нежелательных побочных эффектов. Обобщив материалы научных исследований и клинических наблюдений, приводимых в литературе, Дж. Эверли и Р. Розенфельд описали пять основ-

ных типов проявлений нежелательных побочных эффектов, которые могут возникнуть при обучении поведенческой релаксации.

1. *Утрата контакта с реальностью.* Этот тип нарушения характеризуется развитием острых галлюцинаторных состояний (как слуховых, так и зрительных) и бреда (обычно параноидного типа). Могут возникать также деперсонализация и необычные соматические ощущения. Поэтому обычно не рекомендуется использовать методики, вызывающие глубокую релаксацию, у больных с аффективными психозами или с психозами с нарушениями мышления. Необходимо также уделять особое внимание больным, склонным к чрезмерному фантазированию. В этих случаях использование глубокой релаксации может обострить состояние.

2. Реакции на лекарственные препараты. Индуцирование у пациента трофотропного состояния может усилить действие любого препарата или другого химического вещества, которое он принимает. Особое внимание надо обращать на пациентов, принимающих инсулин, седативно-снотворные или сердечно-сосудистые препараты. Во многих таких случаях систематическое применение релаксации может в конечном счете привести к устойчивому снижению доз принимаемых препаратов. В данном случае потенциирование действия лекарственного средства можно считать крайне желательным.

3. *Паническое состояние.* Панические реакции характеризуются высоким уровнем тревоги, связанной с ослаблением поведенческого контроля при релаксации, частичной утрате чувства безопасности, а в некоторых случаях и с появлением сексуально-окрашенных эмоций. С такими больными обычно желательно использовать более конкретный релаксационный метод (например, нервно-мышечную релаксацию или биообратную связь), нежели более абстрактный подход (такой, как медитация).

4. *Преждевременное высвобождение вытесненных представлений.* Нередко в состоянии сильной релаксации в сознание пациента проникают глубоко вытесненные мысли и эмоции. Хотя в некоторых психотерапевтических школах такие реакции рассматриваются как желательные, они могут быть восприняты пациентом как носящие деструктивный характер, будучи неожиданными или слишком интенсивными для того, чтобы конструктивно работать с ними на данном этапе терапевтического процесса. Прежде чем применять релаксационные методики, клиницист может проинформировать больного о возможности появления таких представлений. Врач также должен быть готов оказать помощь пациенту, если такие мысли появятся.

5. *Возникновение чрезмерного трофотропного состояния.* В некоторых случаях применение релаксационных методов в терапевтических целях может вызывать у пациента состояние чрезмерного снижения уровня психофизиологического функционирования.

Могут наблюдаться следующие феномены.

А. Состояние временной гипотензии. Прежде чем применять релаксационные методики, клиницист должен знать цифры артериального давления больного в покое. Должны быть приняты меры предосторожности, если артериальное давление у пациента в состоянии покоя ниже чем 90/50 мм рт. ст. Головокружение и обморок можно предотвратить, если предложить больному

открыть глаза, потянуться и оглядеть комнату при первых признаках головокружения. Необходимо также попросить его подождать 1—3 минуты, прежде чем вставать после сеанса релаксации.

Б. Состояние временной гипогликемии. Глубокая релаксация оказывает на некоторых людей инсулиноподобное действие и может вызвать у них гипогликемическое состояние, если больной предрасположен к реакции такого рода или если он не поел в этот день как следует. Это состояние будет продолжаться, по всей видимости, до тех пор, пока пациент не примет какую-либо пищу.

Поведенческие методы релаксации широко используются в клинике, по-видимому, вследствие их эффективности и кажущейся простоты применения. Хотя нежелательные побочные эффекты случаются редко, однако релаксационные методики и трофотропное состояние не являются абсолютно безопасными. Поэтому врач должен со всей ответственностью подходить к их применению. Это означает, что он должен быть осведомлен о мерах предосторожности и возможных нежелательных побочных эффектах.

13.2. НЕРВНО-МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ

Под термином «нервно-мышечная релаксация» понимается процесс выполнения индивидом ряда упражнений, которые могут снизить нервную активность и сократительное напряжение поперечно-полосатой скелетной мускулатуры. Этот процесс включает изотонические и изометрические сокращения мышц, выполняемые пациентом согласно исходным инструкциям врача.

Из методов нервно-мышечной релаксации наибольшую популярность завоевала «прогрессивная мышечная релаксация Джекобсона».

Этот метод был разработан американским психофизиологом Эдмундом Джекобсоном в 1922 г. Занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, он заметил, что эмоциональному возбуждению соответствует мышечное напряжение. Причем выяснилось, что определенному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение определенной группы мышц. Так, угнетенное настроение сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры, а тревожное состояние и страх вызывают напряжение мышц губ, языка, глотки, гортани и затылочных мышц.

Система Джекобсона состоит из серии упражнений на напряжение и последующее расслабление определенных мышц и мышечных групп с целью достижения состояния глубокой релаксации. Джекобсон называет свой метод «прогрессивным» по следующим причинам: 1) субъект обучается в определенной последовательности выборочно ослаблять нервно-мышечное напряжение в конкретной мышце; 2) субъект напрягает и расслабляет определенные мышцы тела таким образом, что весь процесс прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела; 3) при постоянных ежедневных занятиях у субъекта отмечается прогрессирующая тенденция к развитию «привычки отдыхать» — психологической установки, характеризующейся меньшей возбудимостью и подверженностью стрессам.

Прогрессивная мышечная релаксация приобрела значительную известность, когда Вольпе использовал метод Джекобсона в своем подходе к лечению фобий, получившем название «систематической десенситизации». Этот лечебный подход стал классическим методом поведенческого вмешательства, который заключается в расслаблении человека до и во время предъявления ему иерархии провоцирующих тревогу раздражителей. Вольпе успешно использовал принцип, заключающийся в том, что индивид не может в одно и то же время испытывать тревогу и состояние расслабления, то есть релаксация оказывает тормозящее воздействие на стрессовую реакцию (см. гл. 4).

Анализ исследовательской и клинической литературы по применению и эффективности нервно-мышечной релаксации (включая методику Джекобсона), проведенный Дж. Эверли и Р. Розенфельдом, раскрывает широту применения этого метода при лечении разнообразных нарушений, связанных со стрессом. Более конкретно, нервно-мышечная релаксация оказалась эффективной при лечении: 1) нарушений сна; 2) эссенциальной гипертонии; 3) головных болей,

связанных с мышечным напряжением; 4) субъективного чувства тревоги; 5) общего автономного возбуждения и чрезмерного эрготропного тонуса; б) формировании более спокойной психологической установки, которая может стать профилактическим фактором, препятствующим развитию чрезмерного стрессового возбуждения.

Техника проведения прогрессивной мышечной релаксации

Здесь мы рассмотрим убыстренный по сравнению с классической методикой Джекобсона вариант прогрессивной релаксации, разработанный Вольпе и применяемый в процедуре систематической десенситизации. Этот вариант требует около 8-9 сеансов.

Методика Джекобсона предполагает: 1) выработку с помощью концентрации внимания способности улавливать чувство напряжения в мышцах, когда оно имеется, и чувство мышечного расслабления, а также снижение порога восприятия этих противоположных состояний мышц; 2) обучение произвольному расслаблению напряженных мышечных групп, даже если напряжение в них незначительно. Для облегчения решения этих задач все мышцы тела делятся на 16 групп. Для каждой из них имеется инструкция, помогающая добиться напряжения мышц данной группы.

1. Доминантная кисть и предплечье: максимально сожмите кулак.
2. Доминантное плечо: максимально надавите локтем на подлокотник, вызовите напряжение в двуглавой мышце плеча.
3. Недоминантная кисть и предплечье: см. выше.
4. Недоминантное плечо: см. выше.
5. Мышцы верхней трети лица: поднимите брови как можно выше.
6. Мышцы средней трети лица: крепко зажмите глаза и максимально наморщите нос.
7. Мышцы нижней трети лица: максимально сожмите челюсти и отведите углы рта назад.
8. Мышцы шеи: наклоняйте подбородок к груди и в то же самое время препятствуйте этому, напрягая задние мышцы шеи.
9. Грудь, мышцы надплечий и спины: максимально соедините лопатки книзу и к середине.
10. Мышцы живота: напрягите максимально все мышцы брюшного пресса, как будто вас сейчас ударят в живот.
11. Доминантное бедро: максимально напрягите передние и задние мышцы бедра.
12. Доминантная голень: максимально подтяните на себя ступню и разогните большой палец ступни.
13. Доминантная ступня: согните ступню кнутри, одновременно согните пальцы ступни.
14. Недоминантное бедро: см. выше.
15. Недоминантная голень: см. выше.
16. Недоминантная ступня: см. выше.

Упражнения начинают с приобретения навыков различения состояний максимального напряжения и возникающего вслед за этим физиологического расслабления. Упражнения проводятся в удобном наклонном кресле, реже лежа

№ занятий	Группы мышц	Средняя продолжительность занятия
1,2,3	16 мышечных групп	45-60 мин
4,5	7 мышечных групп: 1. Доминантная кисть, предплечье, плечо. 2. Недоминантная кисть, предплечье, плечо. 3. Мышцы лица. 4. Мышцы шеи. 5. Грудь, надплечье, спина и живот. 6. Доминантное бедро, голень, ступня. 7. Недоминантное бедро, голень, ступня.	20-30 мин
6,7,8,9	4 мышечные группы: 1. Обе руки (кисть, предплечье, плечо). 2. Мышцы лица и шеи. 3. Грудь, надплечье, спина и живот. 4. Обе ноги.	10-15 мин

Схема 5. Примерный порядок проведения занятий по методике Джекобсона.

на кушетке или на полу на матах. Положение тела должно быть таким, чтобы избежать напряжения отдельных мышечных групп, например мышц спины.

Психотерапевт начинает упражнения с 1-й мышечной группы. В течение 5—7 секунд пациент максимально напрягает мышцы, затем полностью их расслабляет и в течение 30 секунд сосредоточивает внимание на возникающем при этом расслаблении. В процессе занятий на напряжение — расслабление психотерапевт помогает пациенту сосредоточиться на этом ощущении, особенно при групповых занятиях. Например: «Сконцентрируйтесь на мышцах правого предплечья и кисти, максимально сожмите кулак... Заметьте, как напряглись мышцы и в каких мышцах существует напряжение... Теперь расслабьте мышцы, постарайтесь полностью расслабить мышцы... улавливайте, как они расслабляются все больше... сосредоточьтесь на приятном чувстве расслабления... Заметьте, как параллельно развивается успокоение».

Упражнение в одной группе мышц может быть повторено несколько раз, пока пациент не почувствует наступления полного расслабления. После этого переходят к следующей мышечной группе. В конце упражнения несколько минут можно посвятить достижению полного расслабления всего тела. После занятий врач отвечает на вопросы пациентов.

Для успешного овладения методикой пациент должен выполнить упражнения самостоятельно в течение дня дважды, затрачивая на каждое упражнение по 15-20 минут. Последние упражнения лучше проводить в постели перед сном.

По мере приобретения навыка в расслаблении мышечные группы укрупняются, сила напряжения в мышцах уменьшается, и постепенно все более используется метод воспоминаний. Пациент научается различать напряжение в мышцах, припоминая, как запечатлелось у него в памяти расслабление в этой группе мышц, и снимать его, сначала несколько усиливая напряжение в мышцах, а потом и не прибегая к дополнительному напряжению. Каждое укрупнение мышечных групп укорачивает длительность занятия. Ниже приводится примерный порядок проведения занятий по методике Джекобсона (схема 5).

13.3. ЙОГА

«Йога» — санскритское слово, означающее «соединение» или «связь». Подразумевается связь человеческой природы с ее космическим источником. Исторически йога развилась в среде индуизма и буддизма и до некоторой степени под влиянием философии и практики этих религий. Но сама по себе йога не является религией, поскольку не связана с верой, ритуалами и священными писаниями. Она состоит из методов, которые были выработаны практикой йогов на протяжении тысячелетий. Эти методы можно взять из контекста и независимо описать и оценить с помощью современных научных инструментов.

Йогу можно рассматривать как специфическую разновидность психотерапии, психической саморегуляции, цель которой — достижение особого состояния психики посредством использования приемов, направленных на управление эмоционально-вегетативной сферой.

Существует много систем йоги. Проблема систематизации осложняется тенденцией современных учителей йоги создавать свои собственные системы и при этом фактически смешивать классические и современные методы. Классическая йога включает восемь ступеней, описанных Патанджали (II век до н. э.): 1) яма, 2) нияма, 3) асана, 4) пранаяма, 5) пратьяхара, 6) дхарана, 7) дхъяна, 8)самадхи.

Яма — это этические правила поведения, выполнение которых способствует «психическому очищению». Принципы ямы включают воздержание от зла ко всем живым созданиям, милосердие, правдивость, доверительность, неподкупность, нестяжательство, контроль над чувствами и желаниями, половое воздержание, ограничение питания и др. Следование этим принципам является необходимым условием медитации. Считается, что по мере ужесточения воздержания увеличивается способность к психической саморегуляции.

Нияма — свод приемов, предназначенных для «внешнего очищения», нормальной деятельности внутренних органов. Это достигается с помощью очистительных процедур, умеренного питания. Развивая принцип воздержания, нияма рекомендует избегать излишних звуков, разговоров, производить только целесообразные движения, говорить мало, медленно и мягко, посредством чего устанавливается контроль над мыслями, ибо речь есть «рассеяние ума».

Следующие две ступени — асана и пранаяма — составляют так называемую хатха-йогу, целью которой является совершенствование тела, освобождение его от склонности к усталости и задержке тенденции к разрушению и старению. Согласно учению йогов, в организме человека постоянно циркулирует по меридианам-каналам энергия Прана, формой проявления которой является взаимодействие двух противоположностей: «Ха» (Индия) или «Ян» (Китай) — положительная сила, энергия Солнца — и «Тха» (Индия) или «Инь» (Ки-

тай) — отрицательная сила, энергия Луны. Задача хатхи-йоги состоит в гармонизации этих двух начал.

Асаны — это специальные позы, выполнение которых, согласно Патанджали, приводит к прекращению борьбы между Ян и Инь. С. А. Гуревич отмечает тройное воздействие асан на человека: физическое, психическое и, наконец, терапевтическое влияние на деятельность внутренних органов и желез внутренней секреции. Одна из целей асан — противостоять дискенетической активности гладкой мускулатуры, возникающей при стрессах. Приобретая способность неподвижно пребывать в одной из этих поз, человек улучшает свои возможности концентрации ума.

Пранаяма — управление жизненными энергиями (биоэнергетикой) посредством контроля дыхания. Связь между дыханием и психическим состоянием человека была замечена йогами в глубокой древности: при психическом напряжении отмечается задержка дыхания, облегчение сопровождается более или менее глубоким выдохом («вздох облегчения»). Правильное дыхание способствует ясности ума. Рамачарака считает неправильным ограничение пранаямы контролем дыхания. Он пишет, что управление дыханием в различных дыхательных упражнениях служит для замедления метаболизма и освобождения некоторого количества жизненной энергии, обычно расходуемой на нужды тела. Однако это лишь опосредованный способ управления жизненными процессами. Цель же состоит в полном овладении жизненной энергией, и эта цель достигается посредством различных йогических практик. Зрелые йоги демонстрируют свое умение останавливать сердце, не дышать по желанию; в прошлом некоторые йоги давали закапывать себя в землю на несколько дней.

Пратъяхара — это самоуглубление, отвлечение от чувств. Жизненная энергия отводится от органов чувств, и йог больше не отвлекается бесконечным потоком стимулов из внешнего мира. Запись биотоков мозга медитирующего йога показывает отсутствие реакции на внешние стимулы. Патанджали определяет самоуглубление как «возвращение чувств к первоначальной чистоте ума путем отвлечения от объектов».

Вивекананда выделяет два этапа в освоении пратьяхары. Первый этап связан с «выключением чувств», для чего рекомендуется позволить уму блуждать, наблюдая за ним, пассивно следя за тем, о чем думается, не стараясь остановить мысль. По существу на этом этапе пратьяхара аналогична методу свободных ассоциаций. На втором этапе задачей является освобождение мыслей о теле, ощущение полного «растворения» тела: практикующийся представляет, как каждая часть тела от ног к голове «уходит в бесконечность».

Дхарана — внимание или удержание мысли на определенном предмете, умение сосредоточиться на каком-нибудь конкретном или абстрактном явлении, отделив от него все, что к нему не относится. Такое умение в известной мере можно назвать способностью первичного анализа и синтеза исследуемой вещи в ее связях. Познающий субъект и познаваемый объект еще строго различаются.

Дхъяна — медитация, размышление. Эта ступень качественно не отличается от дхараны. Разница между ними скорее количественная. Дхъяна — это

дхарана, продолженная во времени, или способность дольше удерживать мысли на определенном предмете, способность проводить более глубокий анализ и синтез последнего. Познающий субъект и познаваемый объект как бы сближаются между собой.

Сознание мало-помалу отказывается от дуализма, свойственного нашему обычному мышлению, ведущему поиск истины через тезу и антитезу, отказывается от символических знаков и слов. Иначе говоря, мыслящий субъект перестает делить неделимое на твое и мое и как бы непосредственно приобщается к реальному бытию единого живого мира (С. Н. Жидков).

Самадхи — просветленность, освобождение. Это последняя, завершающая ступень йогического пути. Именно здесь достаточно длительное сосредоточение (медитативное размышление) внезапно приводит сознание к новому качеству, к способности видеть и проникать в суть вещей. При этом разом раскрывается смысл всего искомого, исчезают малейшие сомнения и неясности. Познающий субъект и познаваемый объект как бы полностью сливаются воедино, становясь тождеством вне времени и пространства. Это состояние не поддается описанию, поскольку в поле сознания нет ничего, к чему могли бы относиться слова. В данном случае можно говорить о высвобождении реликтовых форм дологического мышления, которое непосредственно *связано* с «континуальным» (глубинным) потоком сознания. Этот вид сознания присутствует в нас, но остается закрытым логико-структурированным мышлением. Таким образом, просветление наступает тогда, когда человек освобождается от привязанности к слову и знаку. Надо реализовать то состояние сознания, которое максимально благоприятствует непосредственному переживанию психологического опыта (вне словесной передачи). Необходимо «опустошить сознание» до полного отсутствия мыслей или образов для управления континуальным потоком сознания — такого сознания, которое открывается после снятия вербализации. Этим методом является медитация (Н. В. Абаев).

В самадхи человек полностью владеет своими физическими и психическими способностями. Достигший самадхи может произвольно изменять жизненные процессы тела, обмен веществ, понижать и повышать температуру тела, артериальное давление.

Йога является источником многих психотерапевтических приемов психической саморегуляции. Аутогенная тренировка И. Шульца в значительной степени основывается на практике йогов. Черты сходства и различия аутогенной тренировки и системы йогических упражнений Шульц подробно разбирает в своей работе «Высшая ступень аутогенной тренировки и раджайога». Поза «лежа» в аутогенной тренировке соответствует «шавасане», поза «кучера» — «садхасане» (позе «созерцания»). В последней позе подбородок приближается к груди, открывается рот, расслабляется мимическая мускулатура, язык слегка прижимается к небу, взгляд направлен слегка выше переносицы с одновременной конвергенцией глазных яблок. Это внутренне-верхнее положение глазных яблок является составным элементом гипноза. Деление аутогенной тренировки на первую и вторую ступени соответствует преемственности между хатха-йогой («йогой тела») и раджа-йогой

(«психологической йогой», включающей последние четыре ступени классической йоги).

В Индии физические упражнения хатха-йоги входят в комплексы гигиенической гимнастики и используются миллионами людей. Раджа-йога распространена главным образом в специальных учебных заведениях. Сложность и громоздкость системы йоги делают ее практически неприемлемой для массового применения. Трансцендентальная медитация, предложенная Махариши Махешем, получившая широкое распространение в современном мире, устраняет отмеченный недостаток. Медитация применяется в дзен-психотерапии, а также в психотерапевтической технике «Морита» и «Наикан». Из других методов психической саморегуляции, основанных на системе йоги, широко используется пранаяма, или контроль дыхания, а также шавасана — поза полного расслабления.

13.4. ШАВАСАНА

Шавасана представляет значительный интерес для психотерапии, поскольку считается, что расслабление в этой позе (асане) приблизительно в 5 раз глубже, чем в аутогенной тренировке. Упражнение имеет много модификаций. Здесь приводится два варианта шавасаны — простой и энергетический (С. А. Гуревич).

В шавасане человек лежит в свободной одежде на спине с ногами, раздвинутыми приблизительно на 30 градусов, и руками, отведенными от туловища на 15 градусов, с повернутыми предплечьями и полусогнутыми пальцами. Глаза закрыты. В этом положении осваиваются медленное ритмичное диафрагмальное дыхание с короткой паузой после каждого вдоха и более продолжительной в конце выдоха. Внимание концентрируется на ощущениях в ноздрях: прохладе вдыхаемого и теплоте выдыхаемого воздуха, что помогает концентрации и, следовательно, большей мышечной релаксации, которая проводится путем последовательного расслабления мышц до ощущения тяжести. Длительность выполнения — приблизительно 30 минут. В процессе упражнения врач проверяет степень релаксации, поднимая и опуская конечности.

Проведение ежедневных занятий шавасаной в течение трех недель приводит к субъективному и объективному улучшению самочувствия у всех занимавшихся, к снижению артериального давления, уменьшению частоты сердцебиений, улучшению сна, успокоению.

В практике психотерапевта целесообразно использовать иной, более сложный, но одновременно более эффективный вариант упражнения — «энергетический вариант», усвоение которого распадается на три этапа: расслабление с помощью самовнушения; мыслительная работа с активными областями организма; расслабление с использованием «образа энергии».

Первая часть упражнения близка к аутогенной тренировке: медленно, монотонно проговариваются формулы самовнушения, что позволяет добиться мышечного расслабления. Формулы рекомендуется выражать в триадах — законченные блоки из трех предложений: первое предназначено для переключения внимания (например, «Мое внимание на правой руке»), второе — динамическое самовнушение («Моя правая рука расслабляется»), третье — статическое состояние («Моя правая рука расслабилась»). Концентрации помогает представлению потока внимания — «луча фонарика-прожектора», который «освещает» ту область тела, с которой начинается работа. Проговаривая, например, «Мое внимание на лице», человек представляет, будто луч фонарика освещает его лицо. В отличие от классической аутогенной тренировки, расслабление проводится снизу вверх, от ног к голове. Упражнение начинается и завершается формулой успокоения: «Я (мысленно представляется все тело) успокаиваюсь. Я спокоен». Затем следуют формулы релаксации, охватывающие по мере усвоения все большие группы мышц. Каждая формула про-

износится лежа в шавасане, мысленно, с полным сосредоточением на нужном участке тела, повторяется *3-4* раза с 3-4-секундным промежутком. По мере усвоения упражнения из триады самовнушения удаляется динамическая часть («Такая-то часть тела расслабляется»), и формула звучит так: «Мое внимание на... Такая-то часть расслаблена». Полное выполнение первого этапа шавасаны занимает 30-40 минут.

По концепциям восточной медицины, в человеческом теле существуют области, которые являются «выключателями»: если на них сконцентрировать внимание, то расслабляются определенные группы поперечнополосатой мускулатуры. Работа с активными областями — более высокая ступень шавасаны. Здесь не требуются какие-либо фразы самовнушения, достаточно лишь направить на данную активную область внимание и потом представить, что эта зона становится мягче, «тает», «растворяется». Выделяют 16 основных зон и одну дополнительную: пальцы ног, лодыжки, колени, локти (дополнительная), область желудка, область сердца, плечи, горло, губы, кончик носа, «точка между бровей, середина большого родничка головы, макушка черепа.

На расслабление каждой активной зоны по мере усвоения упражнения время уменьшается: в среднем оно составляет 15-20 секунд. После усвоения этого этапа можно перейти к третьей ступени шавасаны — к энергетическому расслаблению. Методика выполнения третьей части: находясь в шавасане, мысленно представляем, что энергия медленно поднимается от ног к голове и через точку между бровей («третий глаз») «выливается» наружу. Образ энергии рисуется по-разному: в виде волн тепла или холода, «мурашек» и т. п. Иногда в процессе упражнения возникает мелкое подергивание мышц, что считается явлением положительным: «энергия промывает тело». Длительность этой части расслабления в шавасане — около 3-4 минут.

В процессе выполнения расслабления возникает гипноидное состояние. Поэтому выход из шавасаны должен быть плавным: подтягивается носок правой ноги, далее подтягиваются оба носка, пятки при этом выдвигаются вперед. В дальнейшем руки сжимаются в замок и, медленно поднимаясь вверх, выворачиваются. Все тело тянется вслед за руками, и человек садится.

Шавасана приносит значительный эффект при многих психосоматических заболеваниях и неврозах, особенно протекающих с гипертоническим синдромом и диссомнией, быстро снимает психическое напряжение, тревожность, усталость, компенсирует недостаток сна (С. А. Гуревич). Абсолютных противопоказаний шавасана не имеет, но ею не следует заниматься более 45 минут из-за возникающей гипотонии.

Последовательное рассмотрение всех ступеней йоги отчетливо показывает тесную связь этого учения с психотерапией. Положительная оценка психотерапевтических аспектов йоги связывается в настоящее время с четким разграничением религиозно-мистического обрамления концепции народной медицины Востока и ее практических приемов. В последние годы появилось много научно-психотерапевтических исследований, посвященных этой проблеме. Задача заключается в том, чтобы критически осмыслить йогу, поставив ее на службу практическим потребностям психотерапии.

13.5. КОНТРОЛЬ ДЫХАНИЯ («ПРАНАЯМА»)

Сознательный контроль дыхания (регуляция дыхательных движений) является, возможно, самым древним из известных методов борьбы со стрессом. Хатха-йога (йога специальных поз) основывается на различных способах дыхания. Эти приемы называются «пранаяма», что означает контроль или сдерживание дыхания. Умение управлять своим дыханием развивалось не только в древней Индии как индуистская традиция, но использовалось и в Китае. Регулируемое дыхание стало основным компонентом такого «искусства дыхания», как Тай Ши и Кун Фу. Эти виды боевого искусства в наше время получили второе рождение в странах западной цивилизации. И в том и в другом контроль дыхания остается важной составной частью.

Существует три основных типа дыхания, имеющие значение при обучении произвольной регуляции дыхания: ключичное, грудное и диафрагмальное.

Ключичное дыхание является самым коротким и поверхностным из всех трех. Его можно определить как легкое поднятие ключиц кверху вместе с небольшим расширением грудной клетки на вдохе.

Грудное дыхание представляет собой более глубокое дыхание — в том смысле, что вдыхается большее количество воздуха. Оно начинается с сокращения межреберных мышц, которые расширяют грудную клетку в направлении вверх и вширь. При грудном типе дыхания наблюдается большее расширение грудной клетки, за которым следует поднятие ключиц на вдохе. Грудное дыхание представляет собой наиболее часто встречающийся тип дыхания.

Наконец, диафрагмальное дыхание является самым глубоким из всех типов дыхания. При таком дыхании впервые наполняются воздухом нижние отделы легких. Движение диафрагмы является основной причиной глубокого вдоха при диафрагмальном дыхании. А. С. Залманов очень образно описал роль диафрагмы при форсированном дыхании по системе йогов, «которая опускается как совершенный нагнетательный насос, сжимая печень, селезенку, кишки, желудок, оживляя все портальное и брюшное кровообращение. Диафрагма «опорожняет» венозную систему живота и «проталкивает» кровь к грудной клетке. Это второе, венозное сердце».

Хотя в литературе (особенно по йоге) представлены многочисленные и разнообразные дыхательные релаксационные методы, однако одними из самых эффективных методов достижения у пациента психофизиологического состояния релаксации являются варианты диафрагмального дыхания, которым к тому же легче всего научиться.

Специфические механизмы, ответственные за снижение стресса, при регуляции дыхания могут различаться в зависимости от конкретной методики, однако их общим терапевтическим действием считается способность диафрагмального дыхания вызывать временное трофотропное состояние.

Произвольная регуляция дыхания — наиболее гибкий метод среди способов вмешательства, направленного на уменьшение чрезмерного стресса. Его можно использовать при самых разнообразных обстоятельствах, вызванных как условиями окружающей среды, так и поведенческими факторами. Это не означает, однако, что метод сознательного контроля дыхания можно применять без каких-либо предосторожностей. Основное предостережение к использованию произвольной регуляции дыхания связано с довольно редкой возможностью развития гипервентиляции. Гипервентиляцию можно просто определить как условия, в которых пациент «слишком сильно дышит». Такое избыточное дыхание может быстро вызвать состояние гипокапнии (пониженный уровень углекислоты в крови), приводящее к избытку бикарбонатных ионов и недостатку ионов водорода. При этом могут возникнуть следующие симптомы: сильное сердцебиение, тахикардия, феномен Рейно, сужение полей зрения, головокружение, большие судорожные припадки, одышка, боли в груди, покалывание губ, пальцев рук и ног, боли в эпигастральной области, тетания, тревога, слабость и потеря сознания. Многие из этих симптомов могут появиться по прошествии нескольких минут непрерывной гипервентиляции. Головокружение и покашливание являются самыми ранними сигналами, предупреждающими о том, что у пациента развивается гипервентиляция.

Ниже приведены три упражнения на диафрагмальное дыхание, которые могут быть эффективно использованы для вызывания более глубокого состояния расслабления. При обучении любому из способов диафрагмального дыхания терапевт должен постоянно следить за этим процессом, чтобы быть уверенным в правильности выполнения упражнения пациентом.

Дыхательное упражнение № 1. Этот метод дыхания описывается в литературе по йоге под названием «полное дыхание». Метод чрезвычайно прост для выполнения. Для того чтобы помочь терапевту обучать этому упражнению, оно излагается в соответствии с четырьмя фазами дыхания.

Вдох. Вдох по возможности должен начинаться через нос. Предпочтение отдается дыханию через нос, а не через рот из-за способности носовых ходов к фильтрации и обогреву поступающего воздуха. На вдохе живот выпячивается вперед, затем расширяется грудная клетка. Продолжительность вдоха должна составлять 2-3 с.

Пауза после вдоха. Паузы быть не должно. Вдох должен плавно переходить в начало выдоха.

Выдох. Воздух выдыхается (через рот или через нос, как удобнее). Продолжительность выдоха должна составлять 2-3 с.

Пауза после выдоха. Эта пауза должна продолжаться только 1 с, и затем вновь начинается плавный вдох.

Дыхательное упражнение № 2. Это дыхательное упражнение является разновидностью метода «подсчета дыхания», различные варианты которого описываются в литературе по йоге. Упражнение излагается в соответствии с четырьмя фазами дыхания.

Вдох. Вдох по возможности должен начинаться через нос. Живот начинает выпячиваться вперед, затем расширяется грудная клетка. Продолжитель-

ность вдоха должна составлять 2 с. Продолжительность вдоха должна подсчитываться про себя, например одна тысяча, две тысячи и т. д.

Пауза после вдоха. Здесь после двухсекундного вдоха следует сделать паузу. Ее продолжительность должна равняться 1с.

Выдох. На этой стадии воздух выдыхается, после чего плавно должен последовать вдох. При появлении головокружения больного просят прекратить упражнение.

Дыхательное упражнение № 3. Этот метод, разработанный Дж. Эверли, предназначен для ускоренного достижения (30-60 с) состояния релаксации. Исследования показали, что метод эффективно снижает мышечное напряжение и субъективное ощущение тревоги, а также обладает некоторым потенциалом для снижения частоты сердечных сокращений. Следующее описание представлено в форме инструкции, даваемой пациенту.

Обычно в течение дня многие из нас оказываются в ситуациях, вызывающих чувство тревоги. В таких ситуациях у нас возрастает частота сердечных сокращений, расстраивается работа желудка и наши мысли начинают бесконтрольно блуждать. Именно при таких непродолжительных состояниях мы нуждаемся в быстродействующем способе облегчения наших стрессовых реакций. Описанное ниже короткое упражнение хорошо зарекомендовало себя в плане снижения уровня стрессовой реакции, которую мы испытываем при воздействии интенсивных стрессоров, в сущности оно представляет собой быстрый способ «успокоиться» в стрессовой ситуации.

Основным механизмом снижения стресса посредством этого упражнения является глубокое дыхание.

Этап 1. Займите удобное положение. Положите левую руку (ладонью вниз) на живот, точнее — на пупок. Теперь положите правую руку так, чтобы вам было удобно, на левую. Глаза могут оставаться открытыми. Однако с закрытыми глазами будет легче выполнять второй этап упражнения.

Этап 2. Представьте себе пустую бутылку или мешок, находящийся внутри вас — там, где лежат ваши руки. На вдохе представляйте себе, что воздух входит через нос, идет вниз и наполняет этот внутренний мешок. По мере заполнения мешка воздухом ваши руки будут подниматься. Продолжая вдох, представляйте, что мешок целиком заполняется воздухом. Волнообразное движение, начавшееся в области живота, продолжится в средней и верхней частях грудной клетки. Полная продолжительность вдоха для первой и второй недели занятий должна составлять 2 с, затем, по мере совершенствования навыка, ее можно увеличить до 2,5-3 с.

Этап 3. Задержите дыхание. Сохраняйте воздух внутри мешка. Повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». Этот этап не должен продолжаться более 2 с.

Этап 4. Медленно начните выдыхать — опустошать мешок. По мере того как вы делаете это, повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». С выдохом ощущайте, как опускаются приподнятые ранее живот и грудная клетка. Продолжительность этого этапа не должна быть меньше продолжительности двух предыдущих этапов или, спустя 1–2 недели занятий, на 1 с дольше. (Примечание: этап 1 необходим только в течение примерно первой недели, пока вы

обучаетесь глубокому дыханию. Когда вы овладеете этим навыком, то сможете его пропускать). Только повторите это четырехступенчатое упражнение подряд 3-5 раз. Если у вас появится головокружение, остановитесь. Если при последующих занятиях головокружение возобновится, просто сократите продолжительность вдоха и (или) число выполняемых подряд четырехступенчатых циклов.

Делайте это упражнение ежедневно 10-20 раз. Превратите его в ваш утренний, дневной и вечерний ритуал, а также используйте его в стрессовых ситуациях. Поскольку этот вариант релаксации носит характер навыка, важно практиковать его по меньшей мере 10-20 раз в день. Поначалу вы можете не заметить никакой немедленной релаксации. Однако после 1-2 недель регулярных занятий вы будете способны на время расслабляться «моментально». Помните, что, если вы хотите овладеть этим навыком, вы должны заниматься систематически. Регулярное последовательное выполнение этих ежедневных упражнений в конечном счете сформирует у вас более спокойное и мягкое отношение, своего рода антистрессовую установку, и когда у вас будут возникать стрессовые эпизоды, то они будут гораздо менее интенсивными.

13.6. ТРАНСЦЕНДЕНТАЛЬНАЯ МЕДИТАЦИЯ

По восточным преданиям, медитация представляет собой процесс, посредством которого достигается «просветление». Это процесс роста, дающий человеку новый опыт в интеллектуальной, философской и, что важнее всего, в экзистенциальной сфере. Вслед за Дж. Эверли и Р. Розенфельдом мы будем употреблять термин «медитация» для обозначения методики аутогенного типа, обладающей потенциалом для индуцирования у занимающегося ею трофотропного состояния путем концентрации внимания на объекте, предназначенном для сосредоточения. При высоком уровне овладения этими методиками возможно достижение психического состояния, характеризующегося неэгоцентрическим и интуитивным типом мыслительного процесса.

Форма медитативной практики, широко распространившаяся в странах западной цивилизации в последние десятилетия, представляет собой западный вариант индуистской традиции. Она была завезена в Соединенные Штаты в 60-х годах XX века Махариши Махешем и получила название «трансцендентальной медитации» (ТМ).

Классификация медитативных методов

Поскольку медитация — это всякое сосредоточение мысли, всякая концентрация внимания на чем бы то ни было, то медитативные методы можно классифицировать в соответствии с природой объекта сосредоточения.

1. *Медитация на мантрах.* В этом случае объектом для сосредоточения является «мантра» — слово или фраза, многократно повторяемая, обычно про себя.

В религиозной медитации в качестве мантр используются короткие молитвы. Повторение стихотворных отрывков и текстов народных песен также можно рассматривать как вид мантры. В методике ТМ мантра выбирается из нескольких санскритских слов, чаще других используется мантра «ом».

2. Медитация на янтрах (зрительная концентрация). Здесь объектом для концентрации является зрительный образ. В восточных культурах часто используются «янтры» — геометрические фигуры, предназначенные для медитации (например, «мандала» — квадрат внутри круга, символизирующая единство человека и вселенной).

3. *Сосредоточение на физических действиях.* Этот объект для концентрации связан с фокусировкой внимания на каком-либо физическом действии. Сюда относятся, прежде всего, уже знакомые нам приемы пранаямы — сосредоточение на повторяющихся дыхательных движениях. Некоторые народы Востока используют в практике продолжительные хороводные танцы с повторяющимися движениями. Исполнители этих танцев называются «танцующими дервишами». Медитативные переживания могут возникать при длительном беге трусцой. Причиной этого может быть устанавливающееся во

время бега регулярное дыхание или однообразные звуки от соприкосновения ног с землей.

4. Решение парадоксальной задачи. Классическим примером являются дзеновские «коаны» (см. ниже). В этом случае для размышления дается парадоксальная на вид задача, например: «Как звучит хлопок одной ладони?»

Механизмы действия

Точный механизм действия медитационных методик не известен. Тем не менее достаточно глубокое понимание этой проблемы было достигнуто посредством изучения общего звена, присущего всем формам медитации, — объекта, предназначенного для концентрации внимания.

По мнению многих исследователей, роль объекта для концентрации заключается в том, чтобы дать возможность интуитивному, не эгоцентрическому типу мышления (который соотносится с активностью неокортекса правого полушария) занять доминирующее место — место, которое обычно занимает аналитический эгоцентрический тип мышления (соотносимый с активностью левого полушария). Объект для концентрации обеспечивает возможность такого сдвига путем монополизации нервной активности левого полушария, что позволяет правому полушарию стать доминантным (Дж. Эверли, Р. Розенфельд). Объект для концентрации может монополизировать активность левого полушария, вовлекая его в какую-либо монотонную деятельность (например, сосредоточение на мантре, дыхании или на определенных позах). Кроме этого, объект для концентрации может приводить к состоянию перегруженности и фрустрации левого полушария. Это происходит в том случае, когда медитирующий размышляет над внешне парадоксальной проблемой (как в дзэн) или когда он занят интенсивной физической деятельностью, как это практикуется «танцующими дервишами» или, возможно, энтузиастами бега трусцой. Когда рациональный (аналитический) ум затихает, тогда интуитивный путь приводит к «исключительному познанию». Это состояние на Востоке называется нирваной или сатори. На Западе это состояние называют также сверхсознанием или космическим сознанием.

Медитационный континуум

Пациент должен понять, что медитация представляет собой процесс достижения желаемой цели — *сверхсознания.* Однако необходимо помнить, что это состояние достигается не каждый раз даже человеком с большим опытом медитации. Тем не менее положительный терапевтический эффект может быть получен без достижения конечного состояния сверхсознания.

Дж. Эверли и Р. Розенфельд размещают все типичные переживания пациентов в процессе медитации вдоль оси, названной ими «медитационным континуумом» (рис. 2). Этот *континуум* не носит характера постепенно-

Медитация начинается — Скука — Отвлекающие мысли — Глубокая релаксация — Отстраненное наблюдение — Сверхсознание

РИС. 2. Медитационный континуум.

го движения от одного дискретного состояния к другому. Медитирующий может перескочить от одного состояния к другому и обратно. С другой стороны, переживания в рамках каждого из состояний могут варьировать по степени глубины.

Релаксация — важная веха на пути к сверхсознанию. На этом этапе пациент самостоятельно вызывает у себя трофотропное состояние релаксации. Это состояние обладает терапевтическим эффектом вследствие того, что, во-первых, оно близко ко сну по своему восстановительному потенциалу или превосходит его, во-вторых, снижается аффективная проприоцептивная импульсация, вызванная эрготропной стимуляцией.

Следующая важная веха на пути к сверхсознанию — *отстраненное наблюдение.* В литературе по йоге это описывается как состояние, при котором медитирующий просто «сосуществует» с окружением, а не противостоит ему, пытаясь подчинить себе. Это неаналитическое, интуитивное состояние.

Последней ступенью медитативного опыта является состояние *сверхсознания.* Это состояние, по-видимому, включает в себя все предыдущие состояния, отличаясь, однако, большей интенсивностью переживания. Davidson характеризует его природу следующим образом:

1. Хорошее настроение, спокойствие, умиротворенность.
2. Ощущение единства с окружением: то, что древние называли союзом микрокосма (человека) с макрокосмом (вселенная).
3. Непередаваемость ощущений.
4. Изменение пространственно-временных соотношений.
5. Обострившееся восприятие реальности и смысла окружающего.
6. Парадоксальность, то есть принятие вещей, которые кажутся парадоксальными обыденному сознанию.

Компоненты медитации

Дж. Эверли и Р. Розенфельд описывают пять условий, способствующих успешной медитации: 1) спокойное окружение; 2) удобная поза; 3) наличие объекта концентрации; 4) пассивная установка; 5) психофизиологическая восприимчивость *окружающей среды.*

Первое условие — *спокойное окружение* — это отсутствие внешних стимулов, могущих помешать процессу медитации. Можно использовать какую-либо музыку или имитационные записи для «маскировки» отвлекающих моментов. В лабораторных экспериментах авторы обнаружили, что ровное гудение вентилятора или кондиционера представляет собой эффективный маскирующий шум. Ровный шум низкой или умеренной силы оказывает релаксирующее воздействие.

Второе условие — *удобная поза.* Мышечное напряжение может мешать процессу медитации. В начале обучения пациент должен находиться в таком положении, когда большая часть веса его тела имеет опору. Важным исключением является голова и шея. Если держать спину выпрямленной, а голову и шею без опоры, то это поддерживает мышечное напряжение, достаточное для того, чтобы предотвратить засыпание пациента. Если больной все же засыпает во время медитации, необходимо использовать позу, требующую большего мышечного напряжения.

Третьим условием является наличие *объекта концентрации.* Этот компонент представляет собой связующее звено между всеми формами медитации, как упоминалось выше. Объект для сосредоточения, по-видимому, дает возможность мозгу изменить свой обычный способ функционирования.

Четвертым условием является *пассивная установка.* Это, возможно, самое важное условие успешной медитации. Имея такую установку, пациент «позволяет» возникнуть медитативному процессу вместо того, чтобы стремиться контролировать его. Пациент начнет побеждать, лишь прекратив свое сопротивление и позволив процессу развиться. Если пациент не способен принять такую установку, то он будет задавать вопросы такого рода: «Правильно ли я это делаю?», «Что является показателем хорошего освоения?» и т. п. Чем больше пациент размышляет над такими вопросами, тем менее успешной будет его деятельность. Отвлекающие мысли являются совершенно нормальным компонентом медитационного процесса, и их появления следует ожидать. Однако принятие пассивной установки позволит пациенту распознавать отвлекающие мысли и просто возвращать внимание на объект концентрации.

Пятым условием является *психофизиологическая восприимчивость окружающей среды.* Под этим авторы понимают ряд внутренних психофизиологических условий, наличие которых дает возможность пациенту медитировать. Попытки медитации у больных с высоким уровнем психофизиологического возбуждения бывают крайне неэффективны. Поэтому авторы сочли необходимым обучить пациентов приводить себя в более восприимчивое состояние для медитации. Для достижения этого состояния пациент может использовать несколько приемов нервно-мышечной релаксации для уменьшения избыточного мышечного напряжения. Рекомендуется также принять горячую ванну перед медитацией. В некоторых случаях пациенты сообщали о достижении хорошего успеха в медитации, когда они медитировали, сидя в горячей ванне.

Достаточно заниматься один или два раза в день; продолжительность каждого сеанса 15-20 минут. Лучшее время для медитации — перед вторым завтраком или до обеда, но и утренние занятия могут дать заряд бодрости на весь последующий день.

Использование методики «ом»: инструкция

Сядьте в удобное кресло с прямой спинкой, ступни на полу, ноги не перекрещены, руки покоятся на бедрах, ладони полуоткрыты, пальцы рук не сцеплены, вы должны сидеть спокойно, но помните, что медитация — это не транс. Если в процессе сеанса испытываете неудобство — подвигайтесь. Если вас беспокоит, который час, взгляните на часы. Чувство дискомфорта или тревоги помешает вам достичь состояния полного расслабления. Не следует принимать жесткую неподвижную позу. Расслабьтесь. Чтобы не заснуть, не давайте опоры голове — держите голову, шею и спину по одной вертикальной линии. Для поддержания такой позы необходимо незначительное мышечное напряжение, достаточное в то же время для того, чтобы не заснуть, и создающее оптимальную позу для обучения медитации.

Основа медитации включает пассивную концентрацию на некоторых стимулах, будь то слово, образ, собственное дыхание. Такой раздражитель действует как средство, очищающее вашу голову от мыслей. Однако чем сильнее

вы сосредоточиваетесь на стимуле, тем труднее медитировать. Хотя это утверждение кажется парадоксальным, оно тем не менее верно вследствие того, что медитация представляет собой «пассивную активность». Вы должны позволить себе пассивно взаимодействовать с раздражителем, каким бы он ни был. Вы должны научиться пассивно сосредоточиваться на стимуле. Искусство пассивной концентрации требует времени для своего развития, поэтому не надо отчаиваться, если вам будет трудно в течение первых нескольких недель. Просто продолжайте заниматься.

Универсальной мантрой является слово «ом». Каждый раз, когда вы выдыхаете, произносите слово «ом». Дышите спокойно, как вы дышите обычно. Повторяйте мантру в уме, просто произносите ее мысленно. Не надо двигать губами. Просто подумайте о ней. Дайте мантре самой повторяться в вашем уме. Не прилагайте к этому усилий. Просто пусть она как бы «переливается». Постепенно мантра начнет стираться в вашем уме. Рассудок станет спокойным. Время от времени это спокойствие может нарушаться отрывочными мыслями. Дайте им пройти. Ощутите их, потом снова возвратитесь к мантре, дав им уйти из вашего ума.

Переход к бодрствованию

Сейчас я хочу вернуть вам внимание к себе и к окружающему миру. Я буду считать от 1 до 10. С каждым счетом вы будете чувствовать, что ваш разум все более и более пробуждается, а ваше тело становится все более освеженным. Когда я досчитаю до 10, вы откроете глаза и ощутите себя лучше, чем когда бы то ни было сегодня, вы почувствуете себя бодрым, освежившимся, полным энергии и готовым к возобновлению вашей деятельности. Итак, начнем: 1—2 — вы начинаете чувствовать себя бодрее; 3—4—5 — вы все более и более пробуждаетесь; 6-7 — теперь пошевелите ступнями и кистями; 8 — пошевелите руками и ногами; 9-10 — сейчас откройте глаза! Вы чувствуете себя бодрым, пробудившимся, ваш ум ясен, и тело освежилось.

13.7. ДЗЭН-БУДДИЗМ

Дзэн — не религия и не философия, это образ жизни, обеспечивающий человеку гармонию с самим собой и с окружающим миром, избавляющий от страха и других тягостных переживаний, ведущий к свободе и полной духовной самореализации (Т. Д. Судзуки). В связи с этим трудно переоценить психотерапевтическое значение дзэн. На Западе широкое распространение знаний о дзэн-буддизме началось после Второй мировой войны. Парадоксальные задачи дзэн («коаны»), предназначенные для обучения, сбивали с толку и интриговали западных исследователей. Цель этих задач — приведение концептуального мышления в тупик, вызывание такого состояния сознания, при котором обучающийся непосредственно воспринимает свою собственную сущностную природу. В то время как такая цель чужда западным философским системам, она полностью согласуется с принципами раннего буддизма.

Буддизм происходит из учения индийского мудреца Гаутамы Сиддхарты. В результате глубокой и длительной медитации Гаутама стал Буддой («Просветленным»): он пережил глубокую внутреннюю трансформацию, все его мироощущение изменилось. Изменился его подход к вопросам болезни, старости и страдания, поскольку изменился он сам. Будда никогда не претендовал на бытие большее, чем человек. Он развил себя до полного зрелого человеческого существа, что представляется столь редким и выглядит сверхчеловеческим или боговдохновенным. Но центральное представление буддизма состоит в том, что каждый человек обладает природой Будды: потенцией превращаться в Будду, способностью развиться в совершенное человеческое существо.

Будда учил, что человеку присущи страдание и неудовлетворенность, что все феномены находятся в процессе постоянного изменения и никто не обладает перманентным «Я». Игнорируя эти «признаки бытия», человек тщетно цепляется за преходящие феномены, что и является причиной страдания. Мудрость заключается в отказе от привязанностей в результате ясного восприятия, что приводит к прекращению страдания. Будда учил «Благородному восьмиричному пути», следование которому приводит к желаемой цели. Этот путь состоит из: 1) «правильных взглядов (воззрений)», 2) «правильных намерений», 3) «правильных слов» («истинная речь»), 4) «правильных дел», 5) «правильной жизни», 6) «правильных усилий», 7) «правильной памяти», 8) «правильного созерцания» («правильная медитация»). Дзэн сосредоточивает свое внимание на последнем пункте «пути» — правильной медитации.

В буддизме существует две основные традиции: хинаяна и махаяна. Дзэн — одна из больших сект махаяны, основанная в Китае в VI веке н. э. Бодхидхармой — индийским буддистским монахом. В XI—XII вв. японские буддисты отправлялись в Китай изучать дзэн. Возвращаясь в Японию, они основывали монастыри, обучали учеников и распространяли дзэн (кит. «чань») в Японии.

Хинаяна и махаяна различаются в представлении о природе идеального человека. Идеал хинаяны — архат — человек, полностью освободившийся от привязанностей к семье, собственности, удобствам, чтобы стать совершенно свободным от мира. Архат аскетичен и равнодушен ко всему мирскому; благодаря интенсивной духовной дисциплине он победил врага — свои страсти. Идеал махаяны — бодхисаттва — глубоко страдающее существо, решившее оставаться в мире, пока все остальные не будут избавлены от страданий. Бодхисаттва постигает, что он — часть всех остальных чувствующих существ и, что пока все существа не освобождены от страданий, сам он не может обрести полного удовлетворения. Бодхисаттва дает обет не входить в нирвану, пока все чувствующие существа, вплоть до последнего стебелька, не будут просветлены.

Сострадание — великая добродетель бодхисаттвы, результат ощущения страданий всех других как своих собственных. С точки зрения махаяны это и есть просветление. В опыте просветления преодолевается не мир, а эгоистическое «Я». Путь бодхисаттвы подразумевает отказ от мира, но не от существ в мире. Эти два идеала скорее дополняют друг друга, чем противоречат друг другу. Понятие «архата» центрируется на самодисциплине и на работе над собой; идеал бодхисаттвы подчеркивает служение другим — и то и другое необходимо для духовного развития (Дж. Фейдимен, Р. Фрейгер).

Дзэн-буддизм возник как синтез индийского буддизма и распространенного в Китае даосизма. Основным принципом даосизма и дзэн-буддизма является принцип невозможности выразить высшую истину в словах и знаках и постичь ее в рамках дискурсивно-логического мышления. Истинная реальность не может быть адекватно выражена и описана какими-либо лингвистическими средствами. Просветление, то есть постижение истинной сущности вещей и явлений, наступает тогда, когда человек освобождается от привязанности к слову и знаку. Поскольку слова не могут адекватно отразить истинную реальность, то для ее достижения рекомендуется вернуться к целостному, нерасчлененному источнику опыта, который обнаруживается в глубинных слоях психики, не затронутых вербализацией (Н. А. Абаев). Состояние сознания, которое максимально благоприятствует непосредственному переживанию психологического опыта, с помощью которого можно идентифицировать себя с истинной реальностью, можно реализовать методом буддийской практики психической саморегуляции — медитации.

Традиционная практика дзэн связана с «медитацией сидя» (дза-дзэн). Существуют две разновидности практики дза-дзэн: размышление над коаном (школа Риндзай) и простое сидение с концентрированным сознаванием без вспомогательных средств (школа Сото).

Коан — диалог между учителем и мастером дзэн. Парадоксальные и нелогичные ответы заставляют вопрошающего выйти за рамки дискурсивно-логического мышления, погасить эгоцентрическое индивидуальное Я. Один из знаменитых коанов называется «Му». Ученик спрашивает учителя: «Обладает ли собака природой Будды?» Учитель парирует: «Му!» Ответ учителя может быть переведен как «Ничто!» или его можно понимать как простое восклицание. Ученик всерьез обдумывает буддийское учение о том, что все чувствующие существа обладают природой Будды. В Китае того времени собака счита-

лась низшим из животных, нечистым зверем, и ученик спрашивает, неужели такое низкое создание тоже обладает природой Будды. Учитель не попадает в ловушку — принятие предположения вопрошающего, что существует такая определенная вещь, как «природа Будды», которой можно обладать. «Му» — это решительный отказ от дискурсивно-логического, дуалистического мышления, основанного на расчленении целого на части, противопоставлении их друг другу, в результате чего разрушается гармоничное единство и целостность бытия. Размышляя над этим коаном, ученик не должен пускаться в интеллектуальные спекуляции о вопросе, ответе и их связях. Цель коана — привести ученика к видению собственного невежества, побудить его пойти дальше абстрактных рассуждений, искать истину в самом себе.

В дзэнской школе ученикам объясняют, что наиболее важный аспект обучения связан с их повседневной жизнью; ученики должны научиться разрешать свой личный коан. Личный коан не имеет окончательного разрешения. Проблема может быть разрешена только изменением себя. Меняется не проблема, а отношение к ней человека. Гаутама начал свой путь в надежде разрешить коан болезни, старости и смерти. Однако даже после того, как он стал Буддой, проблемы остались неизменными. Будда не стал бессмертным или лишенным возраста, но его понимание возвысилось над его прежней озабоченностью этими проблемами.

Подход к медитации в школе Сото называется «просто сидением», без размышления над коаном или другого упражнения для ума. Медитирующий стремится поддерживать состояние концентрированного сознания без напряжения или расслабления, но сохраняя бдительность. Это похоже на сидение у дороги и слежение за дорожным движением. Медитирующий наблюдает проходящие мысли, не вовлекаясь в них.

Техника медитации дза-дзэн

Техника медитации дза-дзэн как один из методов психической саморегуляции широко практикуется в настоящее время на Западе. Она состоит в следующем. Прежде всего необходимо соблюдать правильную позу. Нужно сидеть удобно, с выпрямленной спиной, не напрягаясь. Под выпрямленной спиной дзэнские учителя имеют в виду, что позвоночник естественно изгибается немного ниже середины спины. Попытка сидеть «прямо» в буквальном смысле слова только исказит естественную кривизну позвоночника и создаст неудобство и напряжение. Можно сидеть с выпрямленной спиной на стуле. Нижняя часть ног должна быть под прямым углом к полу и к верхней части ног.

При сидении на полу используют небольшую жесткую подушку, чтобы поднять ягодицы. При этом садятся на край подушки, так что на нее опирается конец позвоночника и ничто не давит на бедра и не препятствует кровообращению. Можно принять позу «лотос» (ступня каждой ноги располагается на противоположном бедре) или «полулотос» (только левая ступня на правом бедре). Для длинноногих рекомендуется сидеть в бирманском стиле: левая ступня заложена под соединение между правым бедром и тазом, а правая нога лежит выпрямленной параллельно левой; обе ноги плоско лежат на полу.

Голова должна быть выпрямлена, не наклоняясь ни назад, ни вперед, почти невесомой. Руки кладут на колени, левую на правую, так чтобы большие паль-

цы слегка соприкасались. Рекомендуется сесть лицом к стене, на расстоянии приблизительно 2-3 метра, чтобы было удобно фокусироваться на ней, при этом глаза не закрываются полностью.

Другим важным моментом практики дза-дзэн является правильное дыхание. Спокойное дыхание вызывает спокойное состояние ума. Во время дза-дзэн дыхание осуществляется за счет брюшных мышц и диафрагмы. Медленный, задержанный выдох производится за счет сокращения диафрагмы, так что она противодействует движению брюшных мышц, которые стараются вытолкнуть воздух из легких. Это противодействие порождает в брюшной мускулатуре состояние напряженности, и поддерживание этого состояния представляется крайне важным в практике дза-дзэн. Все другие части тела неподвижны, в действии находятся только брюшные мускулы. Их действие становится важной частью механизма, поддерживающего сосредоточенность и бдительность ума. Нижняя часть живота на Востоке называется танден. Здесь концентрируется духовная сила человека. Правильная поза обеспечивает сосредоточение на этой части веса всего тела, что создает в ней сильное напряжение. Специальное дыхание тоже усиливает это напряжение. Стимулы из тандена способствуют поддержанию бодрого состояния ума. Именно правильная манипуляция нижней частью живота дает возможность контролировать деятельность ума. Поза и дыхание представляют собой ключ к сосредоточению, успокоению деятельности ума, вступлению в самадхи.

Самадхи — состояние тотального спокойствия, когда «отпадает ум и тело», когда нет движения ни одной мысли, ум опустошен, но человек находится в состоянии высшей бдительности. Это особое состояние сознания связано с высвобождением реликтовых форм дологического мышления, с открытием континуальных (глубинных) потоков сознания. Этот вид сознания присутствует в нас, но остается закрытым логико-структурированной формой рефлективного мышления. В связи с этим самадхи невозможно описать словесно.

Эрих Фромм в своем очерке «Дзэн-буддизм и психоанализ» говорит об интеграции интеллектуального и аффективного знания, к которому стремятся эти две дисциплины. Он видел их общую цель в прорыве к большему осознанию того, что прежде было неосознаваемым, в преодолении человеческой отчужденности. Многие видные западные психологи и психиатры интересовались дзэн: Карл Юнг, Карен Хорни, Абрагам Маслоу, Фриц Перлз и другие.

13.8. АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

Аутогенная тренировка предложена И. Шульцем (I. Schulz) для лечения неврозов. И. Шульц выделял две ступени аутогенной тренировки (АТ): 1) низшая ступень — обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень — аутогенная медитация — создание гипнотических состояний различного уровня. Помимо классической методики И. Шульца в настоящее время существует множество модификаций аутогенной тренировки.

Клиническое применение

По общему мнению, АТ более всего эффективна при лечении неврозов, функциональных расстройств и психосоматических заболеваний. Среди неврозов первое место по уровню курабельности занимает неврастения. В рамках этой формы невроза наиболее курабельными являются психогенные сексуальные расстройства и расстройства сна. При неврозе навязчивых состояний высоко курабелен фобический синдром; удовлетворительны результаты при лечении обсессий. Многими исследователями указывается на низкую эффективность АТ при истерии, при которой отмечается своеобразная «желательность» болезни. Сравнительную резистентность обнаруживают больные с ипохондрическим синдромом. Практически некурабелен компульсивный синдром в рамках невроза навязчивых состояний. Низкая эффективность лечения отмечается также при психастении.

Наилучшие результаты применения АТ отмечаются при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический. В литературе хороший эффект АТ отмечен при бронхиальной астме, инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, при спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах. Имеются данные об удовлетворительной курабельности язвенной болезни, одной из причин которой, по распространенному мнению, является местный неврогенный спазм сосудов.

АТ показала себя эффективным методом лечения при различных невротических расстройствах речи и фонации. Однако АТ в общей группе больных помогает купировать лишь явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз, в связи с чем необходимо включение пациентов в специализированные группы для больных логоневрозами.

АТ включается в комплексное лечение алкоголизма и наркоманий, в частности при купировании абстинентного синдрома и для формирования антитоксиманической установки.

В неврологической клинике АТ применяется в лечении остаточных явлений органических заболеваний нервной системы с целью купирования психо-

генных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического заболевания нервной системы и с целью коррекции реакции личности на болезнь: при сосудистых поражениях мозга, при лечении остаточных явлений черепно-мозговых травм, остаточных явлений нейроинфекции и др.

Успешное преодоление тревоги и эмоционального напряжения с помощью АТ оправдывает ее включение в многочисленные варианты методик психопрофилактики родовых болей.

Широкое применение АТ получила в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях. Накоплен положительный опыт применения АТ в специальных вариантах как метода производственной гигиены.

Противопоказаниями для применения АТ являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воздействия. Не рекомендуется АТ во время острых соматических приступов и вегетативных, кризов. При выраженной артериальной гипотонии используются некоторые специальные приемы для преодоления нежелательного преобладания вагусной системы (см. ниже модификацию К. И. Мировского и А. Н. Шогама).

Низшая ступень аутогенной тренировки по И. Шульцу

Низшую ступень аутогенной тренировки (АТ-1) составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз. 1. Положение сидя — «поза кучера». Тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены. 2. Положение лежа. Тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке. Руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз. 3. Положение полулежа. Тренирующийся свободно сидит, облокотившись на спинку. Руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5-6 раз) соответствующих формул самовнушения, которые подсказываются руководителем тренировки. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что сопровождается расслаблением поперечнополосатой мускулатуры. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», «Левая рука совершенно тяжелая», «Обе руки совершенно тяжелые». Подобные формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые».

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервации конечностей. Формулы: «Правая (левая) рука совершенно теплая», «Руки совершенно теплые». Подобные формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Сердце бьется сильно и ровно».

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Формула: «Дышу совершенно спокойно».

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области брюшной полости. Формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза. Формула: «Мой лоб приятно прохладен».

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по внушению тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда ощущение тепла начинает разливаться по всему телу.

На проработку каждого упражнения уходит 2 недели. Весь курс АТ-1 длится около 3 месяцев. Обычно занятия проводятся в группах 1-2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия 15-20 минут. Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром перед вставанием и вечером перед сном), причем, как правило, пациенты ведут дневниковые записи, в которых описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий.

При освоении первых двух стандартных упражнений (тяжесть и тепло) возникает особое состояние «аутогенного погружения», названное Шульцем «переключением», которое он определял физиологически как «понижение биотонуса при сохранном сознании». Д. Мюллер-Хегеманн объясняет это состояние падением активности коры при отсутствии внешних раздражителей и уменьшении мышления вследствие сосредоточенности на формулах тренировки. Это состояние характеризуется как промежуточное между сном и бодрствованием, оно весьма близко первой стадии гипнотического сна (сомноленции). Аутогенное погружение может быть различной глубины. Различают три его фазы. В первой фазе ощущают тяжесть, тепло, истому, разлившуюся по всему телу. Вторая фаза характеризуется ощущением телесной легкости, невесомости, причем нередко возникают нарушения схемы тела. Третья фаза ощущается как «исчезновение тела». Первая и вторая фаза могут быть дифференцированы электроэнцефалографически (А. Г. Панов). В силу значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективными самовнушениями. В аутогенном погружении пациент приступает к направленным против определенных болезненных расстройств самовнушениям.

W.Luthe классифицирует формулы-намерения на 5 типов: 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушений «все равно»: «Глотание все равно» — при эзофагоспазме, «Цветочная пыльца все равно» — при аллергиях и т. п.; 2) усиливающие — пример: «Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» — при энурезе; «Мой мозг говорит автоматически» — при заикании; 3) абстинентно-направленные — пример: «Я знаю, что я не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные — пример: «Я хочу писать как можно хуже» — при писчем спазме; 5) поддерживающие — пример: «Я знаю, что я не завишу от лекарств» — используется при астме; «Имена интересны» — при плохом запоминании имен.

Модификации аутогенной тренировки низшей ступени

Модификация Д. Мюллера-Хегеманна. Основываясь на работе Пенфилда и Боулдри об обширном представительстве в корковых структурах лица (особенно языка) и кисти (особенно большого пальца), Д. Мюллер-Хегеманн модифицировал методику Шульца, введя несколько дополнительных формул, а именно: «Лицевые мышцы совершенно расслаблены», «Челюсть отвисает свободно вниз», «Язык совершенно тяжелый» — перед формулой «Лоб приятно прохладен» и «Обе кисти рук совершенно тяжелые» — после формулы «Обе руки совершенно тяжелые». Расслабление мышц лица и кистей рук способствует более глубокому аутогенному погружению, а у больных мигренью купирует начинающийся приступ.

Автор вносит изменения и в выполнение третьего упражнения. Выполняя это упражнение, больной должен представить себе левую руку наполняющейся струящимся теплом от пальцев левой кисти до плечевого сустава. В дальнейшем он «переливает» это «накопленное в левой руке тепло» в левую половину грудной клетки, ощущает его струящимся по сердцу и так добивается рефлекторного расширения коронарных сосудов.

Модификация X. Клейнзорге и Г. Клюмбиеса. Авторы разработали технику тренировки, нацеленной на органы. Такая «направленная органотренировка» является дальнейшим развитием АТ. После завершения сокращенного общего курса АТ авторы разделяют больных на группы по отдельным синдромам. В этих группах проводится курс специализированных упражнений, представляющих собой соответствующим образом расширенные и дополненные классические упражнения первой ступени. Комплектуются следующие группы.

Группа «голова». Показания: вазомоторные головные боли, мигренозный синдром, синдром Меньера, расстройства активного внимания. Тренировка состоит в акцентировании 6-го упражнения АТ-1: «Лоб приятно прохладен, голова ясная, свободная, свежая, она может сосредоточиться на любой мысли» и т. п.

Группа «сердце». Показания: стенокардия, кардиалгический синдром, нарушение сердечного ритма. Акцентируются 2-е и 3-е упражнения. Терапевтическое действие основано на рефлекторном расширении венечных сосудов при расширении кожных сосудов левой руки.

Группа «живот». Показания: спазмы мускулатуры органов брюшной полости, гастралгия, дискинезия желчных путей, слизистый и язвенный колит. Акцентируется 5-е упражнение. Авторы заменяют формулировку Шульца «солнечное сплетение излучает тепло» как необоснованную физиологически на «приятное тепло струится в моем животе».

Группа «сосуды». Показания: нарушения периферического кровообращения, гипертоническая болезнь в неврогенной стадии. Упражнения построены на основе первых двух упражнений АТ-1. Большое значение придается формулам общего спокойствия.

Группа «легкие». Показания: психогенные диспноэ, бронхиальная астма вне приступа, начальные степени эмфиземы. Тренировка проводится в положении лежа, при открытых окнах. Вводится формула: «Мне дышится совсем легко».

Группа «покой». Показания: нарушения сна и эмоциональные нарушения. Тренируются в положении лежа. Специальные упражнения состоят из тренировки расслабления скелетной мускулатуры (частью заимствованных из комплекса прогрессивной релаксации) и чувства «телесного покоя». Транквилизация достигается также косвенно — вызыванием представлений, эмоционально приятно окрашенных (пейзажей и т. п.).

Специализация групп по отдельным синдромам признается нерациональной многими авторами. В последнее время «направленная органотренировка» используется чаще всего не в лечебных целях, а при профессионально-прикладном применении АТ — при подготовке актеров, спортсменов и др. При такой группировке тренирующихся оказываются излишними многие стандартные упражнения АТ-1; их заменяют узкоспециализированные приемы.

Модификация К. И. Мировского и А. Н. Шогама. Авторы назвали свою модификацию «психотонической тренировкой». Ими разработаны приемы не только снижающие, но и повышающие тонус, мобилизующие. Благодаря этому они добились дальнейшего расширения медицинских показаний к АТ, исключив из числа противопоказаний болезненные состояния, обусловленные артериальной гипотонией и астеническими состояниями.

Больные тренируются в «астеногипотонической группе». Мышечная релаксация исключается, поскольку снижение артериального давления противопоказано. В формулу включаются слова, имитирующие выраженные симпатомиметические сдвиги (озноб, «гусиная кожа», холод и т. п.). Тренировка заканчивается энергичной мышечной самомобилизацией. Текст тренировки:

«Я совершенно спокоен. Все мое тело расслаблено и спокойно. Ничто не отвлекает. Все безразлично мне. Я чувствую внутреннее успокоение. Плечи и спину обдает легкое познабливание, будто приятный освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. По телу пробегают мурашки. Я — как сжатая пружина. Все готово к броску. Весь напряжен. Внимание! Встать! Толчок!»

По данным К. И. Мировского, часто уже после первого занятия удается повысить артериальное давление с 60-70/40-45 до 110-130/70-80 мм рт. ст.

Мобилизующие, активирующие упражнения, вызывающие симпатомиметические сдвиги, используются также А. В. Алексеевым и А. Д. Гиссеном, предложившими «психорегулирующую тренировку» для психологической тренировки спортсменов.

Модификация М. С. Лебединского и Т. Л. Бортника. Это сокращенный вариант АТ, приспособленный для стационара. Продолжительность курса — 1 мес (вместо 3 мес). Срок лечения уменьшается за счет удлинения каждого сеанса в начале лечения до 30 минут. Больной занимается ежедневно один раз с врачом и дважды самостоятельно. Каждое упражнение усваивается за 3 дня. Срок лечения уменьшается и благодаря расширению формул. Например, формула мышечной релаксации: «Я чувствую тяжесть в правой руке. В плече, предплечье, пальцах. До самых кончиков пальцев правой руки чувствую тяжесть». Возникновению ощущения тепла в области солнечного сплетения способствует представление о проглатывании слюны и ощущении разливающегося тепла в области пищевода и желудка. Срок лечения сокращается и благодаря усилению гетеросуггестивного момента АТ: больные повторяют

про себя формулы, которые врач произносит несколько раз. Перед началом работы с каждой формулой и при переходе от одной формулы к другой звучит расширенная формула «спокойствия»: «Я спокоен. Я совершенно спокоен. Спокойно и ритмично дыхание. Ритмичен пульс. Сердце бьется ровно и спокойно».

Репродуктивная тренировка (А. Г. Панов, Г. С. Беляев, В. С. Лобзин, И. А. Копылова) представляет собой комплексную методику психофизиологической и личностной саморегуляции. Эта модификация широко использует в качестве реализующего приема сенсорную репродукцию — преднамеренное воспроизведение ощущений. Репродуктивная тренировка включает подготовительные психотерапевтические мероприятия (изучение личности больного и определение основных методов психотерапевтического воздействия), предварительные упражнения (дыхательная гимнастика, идеомоторные и релаксирующие тренировки мышечного аппарата) и собственно обучающий курс АТ. Репродуктивная тренировка, как указывают авторы, — методика в известной мере компилятивная, объединяющая в единой технике приемы, заимствованные из многих источников.

Большое внимание в этой модификации уделяется так называемой «маске релаксации» — упражнению, с которого начинается курс АТ: «Мягко опустить веки, свести взор кнутри и книзу на щеки по бокам носа, язык мягко приложить к корням верхих зубов изнутри (звук «т»), дать нижней челюсти слегка отвиснуть, ощутив ее вес и чуть выпятив ее вперед (звук «ы»).

Другой особенностью данной методики является введение в обучающий курс АТ дыхательной гимнастики, которая проводится по специально разработанным авторами схемам. Ритмичное форсированное дыхание понижает возбудимость некоторых нервных центров и способствует мышечной релаксации. Многие авторы отмечают влияние дыхательной гимнастики на выравнивание эмоционального состояния тренирующихся, на способность к концентрации внимания. Во время дыхательной гимнастики в брюшной полости возникает глубинное тепло, поэтому она используется перед формулой для вызывания тепла в животе.

Высшая ступень аутогенной тренировки

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. С целью оптимизации высших психических функций Шульц разработал высшую ступень аутогенной тренировки (АТ-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). Стандартные упражнения АТ-1 Шульц считал лишь подготовкой к основному лечению второй ступени — аутогенной медитации, с помощью которой и достигается аутогенная нейтрализация. Он полагал, что окончательно избавиться от невроза можно, лишь нейтрализовав отрицательные переживания. Приемы такого самоочищения Шульц заимствовал из древнеиндусской системы йоги.

Аутогенная медитация И. Шульца. Прежде чем приступать к аутогенной медитации, тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время — по часу и более. Во время такого переживания («пассивной концентрации») возникают различные визуаль-

ные феномены («тени», «простейшие формы», цветовые пятна и т. п.). Дальнейшая подготовка состоит в научении вызывать и удерживать «пассивную концентрацию» при наличии «раздражающих помех» — яркого света, шума, звучащего радио и т. п.

Первое упражнение медитации. Фиксация спонтанно возникающих цветовых представлений.

Второе упражнение медитации. Вызывание определенных цветовых представлений, «видение» заданного цвета.

Третье упражнение медитации. Визуализация конкретных предметов.

Четвертое упражнение медитации. Сосредоточение на зрительном представлении абстрактных понятий, таких как «справедливость», «счастье», «истина» и т. п. Во время выполнения этого упражнения возникает поток представлений, строго индивидуальных. Например, «свобода» ассоциируется с белой лошадью, скачущей по прерии. Конкретные зрительные образы, ассоциирующиеся с абстрактными понятиями, помогают, по мнению Шульца, - выявиться подсознательному.

Пятое упражнение медитации. Концентрация «пассивного внимания» на произвольно вызываемых эмоционально значимых ситуациях. Во время выполнения упражнения тренирующийся нередко «видит» себя в центре воображаемой ситуации.

Шестое упражнение медитации. Вызывание образов других людей. Вначале следует научиться вызывать образы «нейтральных» лиц, затем — эмоционально окрашенные образы приятных и неприятных пациенту людей. Шульц отмечает, что в этих случаях образы людей возникают несколько шаржированно, карикатурно. Постепенно такие образы становятся все более спокойными, «бесстрастными», смягчаются карикатурные черты — элементы эмоциональной гиперболизации. Это служит показателем начавшейся «аутогенной нейтрализации».

Седьмое упражнение медитации. Шульц назвал его «ответом бессознательного». Тренирующийся спрашивает себя: «Чего я хочу?», «Кто я такой?», «В чем моя проблема?» и т. п. В ответ он подсознательно отвечает потоком образов, помогающих увидеть себя «со стороны» в разнообразных, в том числе и тревожащих, ситуациях. Так возникает ситуация катарсиса, самоочищения и наступает «аутогенная нейтрализация», то есть излечение. Анализируя описание медитативных упражнений по Шульцу, нетрудно заметить, что они сводятся к серии приемов своеобразного «аутопсихоанализа».

Соавтор Шульца по 6-томному руководству W. Luthe вводит новые элементы в структуру метода — приемы аутогенной нейтрализации: аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию. Эти методы составляют основное содержание 6-го тома руководства по аутогенной терапии.

Аутогенное отреагирование по W. Luthe. Для нейтрализации отрицательных переживаний Люте использует приемы «повторения» тех же ситуаций, которые и явились причиной психической травмы, так же, как и при психоаналитических сеансах. Во время аутогенного отреагирования врач соблюдает полную нейтральность. Опыт автора показывает, что мозг пациента сам знает, в какой форме и в каком порядке следует высказывать «материал» при ауто-

генной нейтрализации. Автор подчеркивает, что при нейтрализации высказывается лишь тот «материал», который мешает нормальной деятельности мозга. Аутогенная вербализация осуществляется при закрытых глазах, а задачей пациента является рассказ о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах.

В методике практического проведения аутогенного отреагирования, по Люте, можно выделить пять основных правил, или условий (В. С. Лобзин, М. М. Решетников): 1) необходимость перехода от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы; 2) ничем не ограничиваемое вербальное описание любых восприятий (сенсорных образов); 3) принцип психотерапевтического вмешательства в управляемую мозгом нейтрализацию; 4) соблюдение или признание внутренней динамики, которая присуща периоду аутогенных разрядов; 5) принцип самостоятельного окончания психотерапевтической работы.

На протяжении всего курса аутогенного отреагирования применяются стандартные *упражнения. Самостоятельное выполнение аутогенного* отреагирования допускается только по разрешению психотерапевта. Интервалы между сеансами составляют 7-10 дней.

Аутогенная вербализация по W. Luthe. Этот прием в значительной степени аналогичен аутогенному отреагированию, однако осуществляется без визуализации представлений. В отличие от аутогенного отреагирования, аутогенная вербализация применяется в тех случаях, когда «мешающий материал» (болезненные переживания) поддается точному описанию. Вербализация определенной темы (например, «агрессия», «желание», «страх» и т. п.) проводится в состоянии аутогенного расслабления и продолжается до тех пор, пока пациент заявляет, что сказать ему больше нечего. При аутогенной вербализации предполагается, что пациент знает «тему», которая содержит «мешающий материал». По сути приемы аутогенной нейтрализации представляют собой ассоциативный эксперимент, предложенный еще К. Юнгом для выявления скрытых или подавляемых влечений. Новым является реализация данного приема на фоне состояния аутогенной релаксации (Р. С. Лобзин, М. М. Решетников).

Аутогенная регуляция эмоциональных состояний по Г. С. Беляеву, В. С. Лобзину, И. А. Копыловой

Отечественными авторами (Г. С. Беляев, В. С. Лобзин, И. А. Копылова, А. Г. Панов) разработан оригинальный комплекс упражнений высшей ступени аутогенной тренировки. Концепция авторов высшей ступени АТ базируется в первую очередь на данных психофизиологии эмоций. Основными в комплексе АТ-2 являются приемы преднамеренной регуляции эмоционального состояния, преднамеренного моделирования эмоций.

Не менее 80% информации извне человек получает с помощью глаз. Цвет обладает строго определенным действием на нервную систему. Цвета радуги (красный, оранжевый, желтый, зеленый, голубой, синий, фиолетовый) располагаются в порядке убывающей длины световой волны — самая длинная волна у красного цвета, самая короткая — у фиолетового. Установлено, что длинноволновая часть видимого спектра действует возбуждающе (или мобилизующе), а коротковолновая — угнетающе (или успокаивающе). Красный, оран-

жевый и желтый цвета — цвета активности, а голубой, синий и фиолетовый — цвета покоя. Зеленый цвет — нейтрален. «Багровый гнев», «тоска зеленая», «серая скука», «голубая мечта» — эти обиходные выражения лишний раз подтверждают, что цвет обладает не только мощным, но и определенным эмоциональным действием. Влияние цвета на эмоциональную сферу можно использовать в АТ.

Но одним только цветом наши зрительные впечатления не ограничиваются. Мы воспринимаем и можем репродуцировать с помощью памяти куда более сложные картины. Они тоже способствуют формированию эмоций по определенным правилам. Зная эти правила, можно их использовать. Находясь в узком стесненном пространстве (ущелье, узкая улица с высокими домами, тесная комната), мы испытываем состояние тревоги. Наоборот, широкие открытые пространства (степь, морской горизонт, просторное небо, широкая площадь), как правило, навевают чувство покоя и уверенности.

Слух — следующий по значению и объему доставляемой нам информации орган чувств. Эмоциональное значение музыки бесспорно и общеизвестно. Запахи также обладают эмоциогенным действием, не таким сильным и бесспорным, как цвет и музыка, но все же достаточным. Восприятие запахов и их оценки строго индивидуальны.

С целью моделирования настроения авторы разработали «упражнения сюжетного воображения» и так называемые «упражнения самоутверждения».

Упражнения сюжетного воображения. Их целью является самостоятельное, сознательное и преднамеренное формирование заданного эмоционального состояния, а суть заключается в репродуцировании эмоционально окрашенных представлений, образов и динамичных ситуаций (сюжетов). Формирование эмоционально значимых сюжетных представлений начинается с постановки цели: какое эмоциональное состояние надлежит моделировать. В зависимости от выбранной цели определяется и цвет, соответствующий нужной эмоции. Выбранный цвет служит базой для формирования словесного самоприказа.

Упражнение «парк». Цель упражнения — создать настроение покоя, внутреннего комфорта, ленивой истомы, глубокого отдыха. Основные сенсорные представления зрительные. Самоприказ: «Зеленая-зеленая зелень. Зеленая-зеленая листва. Зеленая листва шелестит». Образная развертка: представить себя в парке в теплый и солнечный летний день. Солнечные блики перемежаются с пятнами тени от листвы. Телу тепло, но не жарко (температурный образ). Листва свежая, яркая (цветовой образ). Просторные поляны и аллеи уходят вдаль (пространственный образ). Листва шелестит под слабым ветерком, далекие и смутные голоса людей (звуковой и осязательный образы — ветерок). Запах свежей листвы (обонятельный образ). Музыкальное подкрепление: плавная негромкая музыка, льющаяся из парковых репродукторов. Следует вжиться в эту картину, почувствовать и зафиксировать ее в сознании.

Упражнение «Сирена». Цель упражнения — создать умиротворенное, задумчивое настроение с оттенком светлой грусти. Основные сенсорные представления — звуковые. Самоприказ: «Гулкий-гулкий гул. Гулкая-гулкая сирена. Гулкая сирена удаляется». Образная развертка: представить себе гулкий звук пароходной сирены над ночным рейдом. Детализация образов:

причальная стенка в порту ночью, ярко освещенный пароход, готовящийся к отходу, ходовые огни судов, скользящих по темному рейду. Дальнейшее развитие сюжета: пароход уходит в рейс, убран трап, полоса черной маслянистой воды между бортом и причальной стенкой становится все шире, голоса провожающих и отплывающих отдаляются; пароход уже далеко, лиц не разобрать; движется его светящийся силуэт; снова звучит удаляющаяся сирена, ходовые огни словно скользят по воздуху. От воды тянет запахом водорослей, смолы и моря (обонятельный образ); вечерняя прохлада (температурный образ). Музыкальное подкрепление: прощальный вальс по репродукторам корабельной трансляции. Выход из аутогенного погружения — естественный сон, так как внимание в данном случае не сосредоточено, а рассредоточено. Вживаясь в представленную ситуацию, констатируйте появление настроения легкой грусти расставания с надеждой на будущую встречу. Этот сюжет рекомендуется использовать при засыпании.

Упражнение «Ковер». Цель упражнения — воссоздать ощущение уюта, комфорта и довольства. Основные сенсорные представления — осязательные (тактильные). Самоприказ: «Пушистый-пушистый пух. Пушистый-пушистый ковер. Пушистый ковер лежит». Образная развертка: представить себе прикосновение босых ног к пушистому ковру, большому и теплому в большой уютной комнате, где вы чувствуете себя совсем свободно. Комната большая, не заставленная мебелью (пространственный образ); освещение — в теплых желто-оранжевых тонах (цветовой образ). Музыкальное подкрепление подсказывается памятью. Сюжетное представление такого типа настраивает свободно-непринужденно. Сообщает эмоции комфорта и уюта.

Упражнения самоутверждения. Нередко возникают предвидимые заранее чрезвычайные житейские ситуации, связанные с повышенным чувством ответственности. Тревожное ожидание таких ситуаций порождает неуверенность в себе, страх перед неудачей и может спровоцировать невротический срыв. К таким ситуациям можно подготовиться с помощью «упражнений самоутверждения». Больным советуют по утрам, еще не проснувшись окончательно, то есть находясь в естественном аутогенном погружении, репетировать тревожащую их ситуацию, но не такую, какой они боятся, а такую, какой они хотят ее видеть. Это репетиция успеха. Подробные репетиции успеха можно проводить за несколько дней до ожидаемого события или непосредственно в тот день, когда оно предстоит, однако не следует проводить их перед сном, так как это может спровоцировать расстройство сна.

Подобрать примеры «упражнений самоутверждения» труднее, чем упражнения «сюжетного воображения», но не потому что они сами по себе трудны. Их своеобразие в том, что они обусловлены в каждом отдельном случае предельно конкретной житейской ситуацией и являются не столько тренировочными, сколько подготовляющими и корригирующими. Их общая цель — нейтрализовать страх, опасение перед каким-либо ответственным действием (в весьма широком диапазоне — от экзамена или спортивного соревнования до интимного свидания).

Упражнение «Ответственный экзамен». Техника выполнения: мышечное расслабление и аутогенное погружение. Музыкальное подкрепление: спо-

койная плавная музыка. Цвета: голубой, синий. Образная развертка: в состоянии аутогенного погружения представить себе просторный холл или вестибюль института. Вы идете спокойно, уверенной походкой, без следа суетливости. Вы не думаете о предстоящем экзамене, не разрешаете себе никаких вопросов или разговоров, к нему относящихся, и лишь улыбкой отвечаете на приветствия знакомых. Словом, вы «держитесь».

Вы переходите из вестибюля в коридор, из коридора в аудиторию, прилегающую к кабинету профессора: то есть из просторных помещений в более тесные. По мере того, как вы это делаете, ваш шаг, не убыстряясь, становится все более и более четким, походка — все более и более уверенной, осанка — прямой. Перед дверью экзаменатора вы усилием воли «вычеркиваете» все воспоминания о материале, который, как вы думаете, вы позабыли или недостаточно выучили. Вы не думаете в эту краткую минуту ни о чем, что относится к сдаваемому вами предмету, в мозгу у вас — беспорядочная толкотня мыслей. Вы, разумеется, взволнованы, и это вполне естественно. Опасно не волнение перед экзаменом, а чрезмерное волнение, вызывающее растерянность и суетливость. Некоторая взволнованность необходима — она мобилизует.

Но вот вас вызвали и вы перед столом экзаменатора. Вы не выбираете билет, вы берете первый попавшийся. Для вас все билеты равноценны, учебный материал вы знаете ровно. И, действительно, — вопросы билета, который достался вам, как раз те, какие нужно. Вы, собственно, могли бы начать отвечать и без подготовки, но не следует вести себя заносчиво — лучше сесть и привести в порядок свои мысли. И как только вы стали это делать, беспорядочный ход мыслей сменяется плавным и ровным их течением — знания, накопленные вами, всплывают в сознании в стройном порядке, и вы готовы в таком же порядке их изложить...

13.9. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Биологическую обратную связь можно представить себе как метод, посредством которого информация о биологической деятельности индивида собирается, обрабатывается и посылается обратно к нему, так что он в результате может изменить эту деятельность. Тем самым создается «петля обратной связи» (рис. 3).

Петли обратной связи участвуют почти во всех функциях человеческого организма, начиная от петель обратной связи, ответственных за изменение скорости протекания самых элементарных биохимических реакций, до крайне сложных видов деятельности человека. Наличие на определенном уровне информации о результате того или иного события необходимо для того, чтобы изменить его любым (но неслучайным) образом.

В традиционной медицинской модели у больного имеется какое-либо физиологическое нарушение, а клиницист собирает информацию о его физиологическом функционировании, делает заключение и предписывает соответствующую терапию, в то время как пациент играет пассивную роль. Принцип же, на котором основана биологическая обратная связь, требует активного участия пациента в изменении его состояния.

Многие функции организма осуществляются на подкорковых уровнях, без участия сознания, особенно те, которые носят непрерывный характер, как, например, сердцебиение или биохимические реакции. Хотя, возможно, именно такой способ функционирования организма является эффективным, он препятствует сознательному прослеживанию за протеканием автономных функций и, следовательно, их осознанному изменению. Именно это и обеспечивает биологическая обратная связь — дает организму возможность приобрести некоторый контроль над автономной биологической деятельностью.

Типы биологической обратной связи

1. *Электромиографическая биообратная связь.*

Здесь используется электромиограф — прибор, улавливающий электрические импульсы посредством электродов, которые накладываются на кожу. Устройство усиливает и обрабатывает импульс, вызывая на выходе свечение, отклонение стрелки или звук, коррелирующие с величиной сигнала. Пациент воспри-

РИС. 3. Петля обратной связи.

нимает эти сигналы, получая таким образом информацию, необходимую для изменения определенной функции, — в данном случае мышечного напряжения.

Мышечное напряжение является заметным компонентом реакции «борьбы-бегства» при стрессе. При восприятии угрозы каждая мышца тела может быть напряжена; некоторые из них, однако, напрягаются характерным образом. Например, мышцы задней стороны шеи напрягаются как бы в характерной попытке держать голову прямо, быть бдительным. Так как речь идет о поперечнополосатой мускулатуре, может показаться, что контроль в этом случае является произвольным и поэтому ему легко научиться. Трудности возникают, когда сокращение нарастает так медленно и незаметно, что человек не осознает возросшего мышечного напряжения, пока уже не наступит мышечный спазм. Электромиограф позволяет человеку осознать даже небольшое увеличение мышечного напряжения, давая возможность ему таким образом расслабить участвующие в этом мышцы.

Для лечения стресса биообратная связь применяется по двум основным направлениям. Во-первых, она дает пациенту возможность научиться расслаблять конкретную мышцу или группу мышц, например, жевательные мышцы при скрежетании зубами. Во-вторых, биообратная связь может быть использована для вызывания более генерализованной релаксации, воздействуя на стресс в большей степени через центральные механизмы.

2. Температурная биообратная связь.

Использование температурной биообратной связи основано на том факте, что периферическая температура кожи отражает сосудодвигательную функцию (расширение и сужение сосудов). Таким образом, когда периферические кровеносные сосуды расширены, ток крови через них увеличивается и кожа становится более теплой. Измеряя температуру в конечностях, можно определить степень сужения кровеносных сосудов и, так как их сужение и расширение регулируются симпатическим отделом автономной нервной системы, можно вторичным, косвенным путем измерить степень симпатической активности.

Оборудование, используемое в температурной биообратной связи, состоит из датчика, обрабатывающего устройства и дисплея. Датчиком является *термистор* — небольшой термический измерительный прибор, который обычно прикрепляется на палец испытуемого. Он соединен с устройством, усиливающим электрический импульс с термистора и трансформирующим этот импульс в световой или в акустический сигнал либо в отклонение стрелки.

Температурная биообратная связь оказалась полезной при функциональных нарушениях кровообращения, таких как болезнь Рейно и заболевания периферических сосудов. Она была использована для лечения мигрени, артериальной гипертонии. Кроме того, она применяется в тех случаях, когда больной пытается контролировать симпатическую деятельность, как при астме и в процессе психотерапии. В последнем случае, как было обнаружено, она оказалась полезной для определения областей повышенной симпатической импульсации, что дает информацию о сопротивлении пациента.

Температурная биообратная связь играет определенную роль в лечении стресса, поскольку она является хорошим индикатором возбуждения симпатической нервной системы. По этой причине она является ценным средством

обучения общему расслаблению; пациенту в этом случае дается инструкция постараться повысить кожную температуру. Эта форма терапии часто применяется отдельно как альтернатива электромиографической биообратной связи или в комбинации с ней.

3. *Электрокожная биообратная связь.*

Наиболее известным методом является определение кожно-гальванического сопротивления. Вообще говоря, изменение электрических характеристик кожи является функцией симпатической нервной активности, поэтому при использовании электрокожной биообратной связи пациент, очевидно, обучается воздействовать на симпатическую нервную активацию.

В психотерапии электрокожная биообратная связь используется главным образом в рамках систематической десенситизации — теория утверждает, что нельзя одновременно находиться в состоянии расслабления и активации, и поэтому фобии и тревога должны хорошо поддаваться лечению этим методом.

Электрокожная биообратная связь используется для снижения общего симпатического возбуждения — это является основным применением данного метода для лечения стресса.

Наконец, электрокожная биообратная связь используется как метод исследования в психотерапии. В этом случае прибор предназначен для того, чтобы графически продемонстрировать как врачу, так и больному области возбуждения; полученные данные можно интерпретировать как один из вариантов «языка тела».

4. *Электроэнцефалографическая биообратная связь.*

Из всех форм биообратной связи применение электроэнцефалографии обосновано хуже всего. Напомним, что бета-волны наблюдаются в состоянии бодрствования, настороженности. Такие состояния могут возникать при сосредоточении внимания или возбуждении. Альфа-волны, напротив, связаны с состоянием релаксации, характеризующимся спокойствием, пассивным вниманием и невозмутимостью.

Исходя из этого, предпринимались попытки увеличения альфа-активности с целью вызова общего расслабления. Подразумевается, что это целесообразно для личностей с обсессивно-компульсивными расстройствами, а также с высоким общим уровнем тревоги. Это использовалось также для облегчения засыпания.

Что касается терапии стресса, главная цель электроэнцефалографической биообратной связи заключается в обучении увеличивать альфа-активность, снижать уровень возбуждения и повышать в целом индивидуальную способность к пассивному вниманию. В настоящее время этот метод по сравнению с другими формами биообратной связи используется менее широко, но более глубоко изучается в лабораторных условиях.

Глава 14

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ

14.1. ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНТЕГРАТИВНЫХ МОДЕЛЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В последние годы заметно возрос интерес исследователей и практиков в области психотерапии к синтезу, интеграции различных ее концепций и методов. Вопросы повышения эффективности психотерапии, ее экономичности, гибкости поведения психотерапевта в удовлетворении потребностей отдельных пациентов нередко решаются на путях эклектического сочетания психотерапевтических методов. И хотя эклектический подход является одним из элементов интегративной психотерапии, последняя предполагает прежде всего концептуальный синтез существующих теоретических систем психотерапии.

При том, что интегративная психотерапия получила развитие лишь в последнее десятилетие, уже в предшествующий период наблюдались отдельные попытки постановки вопросов об интеграции в психотерапии. Постоянно растет понимание важности учета взаимодействия когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов личностного функционирования для решения вопросов теории и практики интегративной психотерапии. Внутри единого психотерапевтического подхода существенно использование в зависимости от конкретных задач каждого этапа лечения определенных приемов воздействия на познавательные, эмоциональные и поведенческие стереотипы патологического реагирования пациента. Подобные приемы, детально разработанные в основных психотерапевтических направлениях, могут успешно дополнять друг друга. В частности, на одном этапе лечения полезен психодинамический подход, расширяющий сферу познания пациента (достижение инсайта), на другом этапе — поведенческий подход, помогающий ему выработать новое, более конструктивное и зрелое поведение.

Существует несколько предпосылок для возникновения интегративной психотерапии. Во-первых, идея интеграции различных психотерапевтических приемов заложена в самой сущности личностно-ориентированных систем психотерапии, во внутренней логике развития этих систем, поскольку любая психотерапия, ориентированная на личностное изменение, акцентируя, как правило, одну из плоскостей личностного функционирования (когнитивную, эмоциональную, поведенческую), не может полностью игнорировать другие. Интеграция когнитивной и поведенческой терапии, возникновение на основе этого слияния нового подхода — когнитивно-поведенческого — важная веха на пути создания интегративной модели психотерапии.

Второй предпосылкой для интеграции различных подходов является широкое внедрение в практику групповой психотерапии. Групповая психотерапия создает уникальную терапевтическую ситуацию, связанную с включением пациента в реальное взаимодействие с другими людьми, при которой создаются условия интенсивного психологического воздействия на все плоскости лично-

стного функционирования. Групповая психотерапия с неизбежностью подводит к использованию приемов, предназначенных для воздействия на когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты личности, разработанных в рамках различных терапевтических подходов (психодинамического, когнитивно-поведенческого), поскольку в процессе группового занятия пациенты что-то обсуждают (когнитивный аспект), переживают (эмоциональный аспект) и определенным образом ведут себя по отношению друг к другу (поведенческий аспект).

Третьей, наиболее существенной предпосылкой развития интегративной психотерапии является изучение *общих факторов психотерапии,* свойственных различным ее формам и методам (В. А. Ташлыков). Пониманию важности определения общих факторов психотерапии в интегративном движении способствовали:

1) поиск общих базовых процессов для всех направлений психотерапии;

2) растущее признание того, что различные методы могут иметь больше сходств, чем различий;

3) констатация примерно равной эффективности лечения в отдаленном периоде (непосредственные результаты могут иметь значительные расхождения) независимо от форм психотерапии;

4) акцент на существенной роли взаимоотношений «психотерапевт-пациент» при любых методах психотерапии.

Определение факторов эффективности психотерапевтического процесса включает рассмотрение взаимосвязи характеристик пациента, психотерапевта и лечебных методов. Группа экспертов-психотерапевтов разных направлений пришла к единому мнению о том, что наибольший вклад в результаты психотерапии вносят личностные качества пациента (в частности, мотивация к изменению), на втором месте находятся личностные параметры психотерапевта и лишь на третьем — использование определенных психотерапевтических методов (B. D. Beitman).

Психотерапевтическое влияние многомерно и многогранно. Ведущие направления психотерапии имеют целью личностные изменения, то есть изменение отношений, чувств и поведения пациента. Изменение — результат различных вмешательств, и нередко его трудно связать с конкретным видом психотерапевтического воздействия. В психоанализе наиболее эффективными факторами являются инсайт относительно интрапсихического конфликта, превращающий бессознательное в осознаваемое и коррективный эмоциональный опыт, приобретаемый в результате переработки переносных отношений, а также выявление их происхождения в раннем детском возрасте. H. H. Strupp поставил под сомнение значимость лечебных факторов психоаналитической терапии (инсайт, превращение бессознательного в осознаваемое, переработку переносных отношений, связующее звено между переносом и ранним детским опытом переживаний), выдвинув гипотезу, что таковыми являются безусловное положительное принятие и уважение больного как уникальной личности или искусный (неуловимый) контроль за поведением пациента, под влиянием которого он может успешнее избавиться от своих прежних патологических стереотипов, или непрямое предложение новых альтернативных способов пе-

реживания и поведения. Более продуктивным, по мнению В. А. Ташлыкова, представляется не противопоставление этих факторов, а их интеграция.

Так как важнейшей движущей силой различных направлений психотерапии является система отношений «психотерапевт—пациент», то общие факторы связаны со стилем и стратегией поведения психотерапевта. Вне конкретных форм психотерапии, но с учетом ее основополагающих факторов, В. А. Ташлыков выделяет три обобщенные модели интегративного типа: гуманистическую, интструментально-интеракционную и инструментально-техническую.

В гуманистической модели решающим фактором действенности психотерапии может быть признана эмпатическая коммуникация «психотерапевт-пациент», где основным лечебным средством является эмпатическая реакция психотерапевта в соответствующий момент переработки материала. Существенную роль при этом играет создание условий для развития процесса позитивных изменений личности пациента. Наиболее типичным выражением таких условий является триада Роджерса (безусловное принятие пациента, эмпатия, конгруэнтность переживаний и поведения психотерапевта). Психотерапевт в этом случае считает, что если создать благоприятные условия, то пациент естественным образом будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию невротической симптоматики. Основное в этой модели понятие эмпатии, характерное для психотерапии гуманистической ориентации, получило признание и в психоаналитической психотерапии, где длительное время сохранялось представление о необходимости позиции эмоционального нейтралитета, личной анонимности аналитика, и в поведенческой психотерапии, принявшей факт эмоциональной взаимосвязи психотерапевта и пациента.

В инструментально-интеракционной модели психотерапии интегративного типа предпочтение также отдается не отдельным приемам, а взаимоотношениям «психотерапевт-пациент» как лечебному инструменту. Однако психотерапевт занимает более активную позицию, берет на себя определенную долю ответственности и инициативы. Психотерапевтический процесс строится более структурированно, чем в предыдущей модели, повышается значение принципов контрактного взаимодействия «психотерапевт-пациент». С больным обсуждаются альтернативные формы лечения, цели психотерапии и ее методы, лечебный план, длительность и предполагаемые результаты лечения. Психотерапевт любого направления в той или иной мере учитывает общие феномены психотерапевтического процесса во взаимоотношениях с пациентом. В начале терапии обычно проявляется действие плацебо-эффекта, связанного с тем, что больной ожидает пользы от лечения, надеется на то, что психотерапевт понимает его и хочет ему помочь, стремится удовлетворить эмоциональные потребности в контакте. Эффективность различных методов психотерапии частично зависит от умения психотерапевта повысить надежду больного на улучшение и тем самым развить активные личностные механизмы совладания с болезнью. При этом высокие или низкие ожидания пациентом эффекта от лечения оказывают скорее негативное влияние на активность психотерапевта, а умеренные — положительное. Создавая атмосферу безопасности и эмоциональной поддержки в общении с больным, психотерапевт стимулирует появление

у него механизма идентификации, способствующего снижению неуверенности, повышению самооценки посредством неосознаваемого заимствования у врача сил, оптимизма и способности к преодолению трудностей. Точное эмпатическое вмешательство психотерапевта в соответствующий момент общения ускоряет лечебный процесс благодаря тому, что проясняет пациенту подавляемые и блокируемые психологической защитой существенные переживания. Кроме направленной активации этих переживаний, помощи в их осознании и переработке, психотерапевт обычно просвещает пациента относительно сути болезни, психотерапии и его участия в ней, говорит о необходимости понимать себя и других, учит новым подходам к решению проблем, а также более конструктивному образу жизни, более широкой и гибкой жизненной философии.

Инструментально-техническая модель психотерапии интегративного типа, по сравнению с предыдущей, характеризуется дальнейшим возрастанием активности психотерапевта во взаимоотношениях с пациентом, более структурированным процессом психотерапии. В этой модели существенное значение придается применению разнообразных технических приемов и методов психотерапии. Приверженность психотерапевта единой технологической стратегии, совмещающей способы лечебного воздействия на когнитивные, эмоциональные и поведенческие стороны личности пациента, отличают эту модель психотерапии интегративного типа от простого эклектического подхода. С учетом этого, независимо от формы психотерапии, используются лечебные воздействия, направленные на изменения в разных сферах личности пациента: в познавательной сфере — убеждение, внушение, конфронтация, прояснение (кларификация) и интерпретация малоосознаваемого содержания переживаний; в эмоциональной — катарсис, эмоциональная поддержка, эмпатия; в поведенческой — коррективный эмоциональный опыт, подкрепление. Важной особенностью инструментально-технологической модели психотерапии является постановка реалистических и поэтапных лечебных целей, выбор соответствующих им психотерапевтических методов.

В рамках интегративного движения общее признание получает ряд психотерапевтических принципов, разработанных в различных.направлениях психотерапии. Все большее число исследователей и практиков психотерапии обосновывают целесообразность объединения прежде теоретически малосовместимых принципов «там и тогда» и «здесь и теперь». Первый из них является важным положением психодинамической терапии, акцентирующим ценность анализа прошлой жизни пациента и возвращения к первичным ситуациям и переживаниям, положившим начало развитию нарушений. Принцип «здесь и теперь» говорит о необходимости сосредоточить внимание на настоящем моменте, актуальных особенностях восприятия, переживания и поведения пациента, при этом переработка материала из прошлой жизни больного происходит также в условиях контролируемого актуального его переживания. Глубина и конструктивность осознания пациентом психологических причин и механизмов имеющихся расстройств зависит от оптимального сочетания в психотерапевтической работе принципов «там и тогда» (преимущественно когнитивное понимание) и «здесь и теперь» (эмоциональный аспект осознания).

Общим в различных направлениях психотерапии, прежде всего таких противостоящих друг другу в прошлом, как психодинамическое и поведенческое, становится принцип учета в лечебной работе внутренней (интрапсихические механизмы) и внешней (психосоциальные факторы) детерминации функционирования личности. В этом случае в зависимости от характера терапевтической ситуации и лечебных задач психотерапевт имеет возможность смещать акценты в переработке внутриличностных или межличностных факторов. Кроме того, общими для различных направлений психотерапии являются современная ориентация на групповые методы работы и учет единства тела и психики, что неизбежно способствует развитию интегративных подходов.

При проведении любой личностно-ориентированной психотерапии наблюдается определенная последовательность, поэтапность психотерапевтического процесса (В. А. Ташлыков): 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, повышение мотивации к психотерапии; 2) прояснение (понимание терапевтом и осознание пациентом) причин и механизмов патологических стереотипов переживания и поведения и определение психотерапевтических «мишеней»; 3) достижение изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах личности пациента с последующей редукцией симптоматики (реконструкция системы отношений личности с последовательной заменой дезадаптивных стереотипов на новые, более конструктивные способы переживания и поведения, их принятие и закрепление); 4) окончание курса психотерапии (успешное решение проблемы возможной зависимости от психотерапевта).

14.2. ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Патогенетическая психотерапия, как было отмечено выше, интегрировав групповую динамику, преобразовалась в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию и на настоящем этапе своего развития, будучи системой, открытой для интеграции, наполняется методами, выработанными в рамках иных психотерапевтических подходов. Объектом психологического воздействия патогенетической психотерапии являются нарушенные отношения личности. Поскольку отношение, по В. Н. Мясищеву, характеризуется трехчленной структурой — наличием когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов — спектр психологического воздействия при интегративном подходе значительно расширяется: для решения задач коррекции отношений в каждом из трех аспектов могут привлекаться приемы психологического воздействия из различных психотерапевтических направлений и подходов. Есть еще одна особенность, которую подчеркивает Вольф Лаутербах — немецкий клинический психолог, выполняющий в Университете им. Гете (Франкфурт-на-Майне) научные исследования в области патогенетической психотерапии. Он указывает, что в противоположность психоанализу и другим глубинно-психологическим теориям в теории личности В. Н. Мясищева существенными являются не определенные, описанные по содержанию отношения (например, эдиповы отношения), а общие структурные отношения. Наполняются содержанием и анализируются отношения только в отдельном случае, не для описания системы личности как таковой. В силу этого на язык патогенетической психотерапии можно без труда перевести основное содержание высказываний других школ, в том числе психоанализа, поскольку ее подход лишь предлагает структуру, в которую могут быть включены конкретные содержания. Таким образом, структура патогенетической психотерапии первично лишена содержания; интрапсихические конфликты у В. Н. Мясищева также первично лишены содержания. Индивидуальное содержание отношений и интрапсихического конфликта у больного и предстоит раскрыть в процессе патогенетической психотерапии.

Различные психотехники, привлекаемые из других систем, выполняют тактические задачи (осознание мотивов, внутренних конфликтов, «вклада» собственной личности в возникновение психотравмирующей ситуации и т. п.) и способствуют достижению основной стратегической цели патогенетической психотерапии — реконструкции нарушенной системы отношений.

Отражая общие тенденции развития учения о личности и психотерапии, патогенетическая психотерапия имеет определенное сходство с рядом ведущих зарубежных психотерапевтических направлений, в частности, психодинамической и когнитивно-поведенческой ориентации. Синтез отдельных теоретических положений и практических методов разных психотерапевтических направлений, релевантных патогенетической психотерапии, является одним из возмож-

ных путей разработки ее интегративной модели и расширяет возможности оказания эффективной психотерапевтической помощи более широкому кругу больных.

На современном этапе разработки интегративной модели в систему патогенетической психотерапии могут быть интегрированы, с нашей точки зрения, принципы и методы феноменологической психотерапии (клиент-центрированной психотерапии Роджерса, гештальт-психотерапии Перлза), поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии (когнитивной терапии Бека, рационально-эмотивной терапии Эллиса), некоторые идеи и практика динамической психиатрии Гюнтера Аммона.

14.2.1. Интеграция клиент-центрированной терапии

В. Н. Мясищев определяет метод психотерапии как воздействие одного человека (врача) на другого (больного или группу больных) в процессе их общения. Далее он указывает, что содержательные, выразительные и действенные элементы психотерапии заключаются не только в речи врача, но и в его мимике и пантомимике. Поэтому соответствие личности врача определенным требованиям является не меньшей необходимостью, чем качество «воздействия». В наибольшей степени внимание на роли личности психотерапевта акцентируется в концепции клиент-центрированной психотерапии Роджерса. При этом неверным является понимание его позиции как полное неприятие роли и значения технических приемов, то есть форм воздействия на пациента. В действительности позиция Роджерса заключается в том, что приемы рассматриваются как катализаторы терапевтического успеха; сами же по себе, оторванные от личности врача, они этот успех не обеспечивают. Отмечая общность этой позиции у В. Н. Мясищева и К. Роджерса, можно утверждать, что использование разнородных по происхождению технических приемов и методов будет тем эффективнее, чем более соблюдаются условия психотерапевтического процесса. Эти условия характеризуются тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловным позитивным отношением, эмпатией и конгруэнтностью.

Опыт проведения индивидуальной и групповой патогенетической психотерапии убеждает, что наличие или отсутствие в отношении психотерапевта к пациенту названных позиций связано с терапевтическим результатом. В групповой психотерапии возникает более драматичная ситуация, если у психотерапевта отсутствует безусловное позитивное отношение хотя бы к одному участнику, так как это препятствует созданию атмосферы полной безопасности, поскольку «дух отвержения» витает в группе. Это не позволяет в полной мере использовать специфические механизмы лечебного действия группы, и достигаемые терапевтические изменения отдельных участников связаны с влиянием психотерапевта, хотя сам он может приписывать их влиянию группы (А. М. Ялов).

Положения клиент-центрированной психотерапии в полной мере соответствуют мнению В. Н. Мясищева, что «в условиях свободного взаимодействия могут проявляться истинные отношения, но в условиях несвободы и зависимо-

сти одного человека от другого отношения во взаимодействии не проявляются, а скрываются и маскируются».

14.2.2. Интеграция гештальт-терапии

Гештальт-терапия — одна из основных ветвей гуманистической психологии — получает все более широкое признание благодаря не только своему мощному терапевтическому и воспитательному потенциалу, но и способности интегрироваться с другими психотерапевтическими подходами. Феноменологический подход гештальт-терапии, подчеркивающий важность осознания пациентом настоящего посредством переживания текущих мыслей, чувств и телесных ощущений, противопоставлялся Перлзом каузальному подходу, при котором усилия психотерапевта (и пациента) направляются на поиски причин болезненного расстройства. Однако ортодоксальная модель гештальт-терапии с ее нарочито пренебрежительным отношением к причинности и интерпретациям постепенно сменяется более гибкой моделью, допускающей интерпретирование. Становится очевидным, что сильная сторона гештальт-терапии заключается не в противопоставлении ее функционального (феноменологического) подхода каузальному (патогенетическому), не в противопоставлении непосредственного переживания (опыта) анализу, а в ее возможностях к интеграции двух подходов, к синтезу анализа и опыта. Принцип каузальной терапии «тогда» дополняется главным принципом гештальт-терапии «сейчас». Интеграция этих принципов позволяет наиболее эффективно работать над проблемами пациента, восстанавливать связи актуального поведения, трудностей в социальном функционировании с прошлым жизненным опытом. В психотерапии стран Запада приемы гештальт-терапии с успехом сочетаются с трансакционным анализом.

Приемы гештальт-терапии можно использовать как в индивидуальной, так и групповой патогенетической психотерапии. Индивидуальная патогенетическая психотерапия, как мы видели, ориентирована на историческое осознание, в центре ее внимания оказывается история жизни пациента, биографический материал. При этом психотерапевт и пациент в большей мере фокусированы на вопросах «там и тогда», заняты выяснением причин неблагополучия пациента. Эмоциональная вовлеченность пациента может оказаться недостаточно высокой, особенно если он склонен к образованию таких механизмов психологической защиты, как рационализация или интеллектуализация. Для постижения неосознаваемого психологического содержания («инсайта») необходимо глубокое эмоциональное «проживание» конфликта, его эмоциональное отреагирование. В результате психологического воздействия, направленного на акцентирование эмоционального аспекта отношений через конфронтацию пациента со значимыми для него переживаниями, происходит осознание прежде подавляемых или проецируемых чувств, желаний, потребностей, стремлений.

В отличие от каузального подхода, при котором пациент рассказывает о своих чувствах, переживаниях, гештальтистский подход выражается в непосредственном переживании в ситуации «сейчас». Пациент с помощью психоте-

рапевта погружается в значимый для него психологический материал. При этом поощряется наиболее полное эмоциональное отреагирование. Рассмотрим наиболее известные приемы гештальт-терапии с точки зрения возможности их интеграции в систему патогенетической терапии.

Выраженным катартическим эффектом обладает гештальт-техника под названием «незаконченное дело». «Незаконченное дело» — это любая неудовлетворенная, часто неосознаваемая в полной мере потребность человека. Наиболее актуальными «незаконченными делами» являются неотреагированные эмоции, невысказанные чувства, различного рода претензии к эмоционально значимым лицам. Пациенту предлагается выразить свое чувство воображаемому лицу с использованием вербальных и невербальных средств общения. Ситуация иногда приобретает весьма драматичный характер, когда речь идет о близких людях, ушедших из жизни. Для более полного отреагирования пациенту предлагается по возможности ярче представить воображаемого человека, его лицо, улыбку, голос. При этом пациент может совершать какие-либо манипуляции: например, коснуться руки воображаемого человека, погладить его волосы и т. п. Если при этом у пациента появляются слезы, психотерапевт не утешает и тем более не призывает к сдержанности, напротив, поощряет слезы: «пусть они прольются, эти очищающие слезы». В процессе такой работы «проясняются» отношения пациента к значимым другим, происходит осознание ранее неосознаваемых аспектов отношений, становится очевидным противоречивый, амбивалентный характер отношений — эмоциональное очищение сопровождается интеллектуальным «прояснением».

Часто гештальт-терапевты используют прием «преувеличения». Он позволяет более полно соприкоснуться с подавляемыми эмоциями, вытесненным психологическим материалом. Психотерапевт обращает особое внимание на «язык тела» пациента, замечая «что» и «как» делает пациент для уклонения от конфронтации с актуальными переживаниями, чувствами, потребностями, желаниями. Блокирование осознания может выражаться в стесненном дыхании, в ощущении сдавления горла, различных мышечных сокращениях, мелких движениях пальцев рук. Замечая такие проявления, психотерапевт просит пациента преувеличивать некоторые из них, например, сильнее сжимать пальцы рук, усиливать постукивание ногой и т. п. В процессе выполнения этого задания у пациента возникает осознание вытесненного психологического содержания, а также понимание того, как он избегает соприкосновения с болезненными переживаниями. Для расширения осознания пациента используется и специальная процедура под названием «континуум осознания», во время которой пациент сосредоточивает внимание на поочередно возникающих в потоке сознания мыслей, чувств, переживаний, ощущений. Эта процедура позволяет пациенту лучше понять свои потребности, желания, углубиться в ту область своей психической жизни, которая скрыта от осознания. Психотерапевт помогает при этом пациенту преодолевать возникающее сопротивление, поощряет его к спонтанности, к более глубокому погружению в область недостаточно осознаваемых переживаний. Расширение осознания — один из важнейших принципов гештальт-терапии. О чем бы ни шла речь, какие бы технические процедуры ни

выполнял пациент, психотерапевт постоянно возвращает его к своим чувствам, к осознанию того, «что» и «как» происходит в настоящий момент.

Среди различных методов гештальт-терапии важная роль отводится игре «диалог между фрагментами собственной личности». В контексте разработки интегративного подхода эта процедура приобретает особое значение, поскольку в ней заключены большие потенциальные возможности для осознания внутриличностного конфликта. Согласно теории гештальт-терапии невротическая личность фрагментирована: больной неврозом отчуждает (проецирует) присущие его личности аспекты и присваивает (интроецирует) чуждые, не продиктованные собственными потребностями, но предлагаемые социумом паттерны мышления, чувств, поведения. Целью гештальт-терапии является интеграция личности, восстановление ее целостности, гармоничности, нарушенной в процессе социализации. Пациент должен принять себя таким, какой он есть, осознать, какие аспекты своего «Я» он отчуждает, что не принимает в себе, а что, напротив, присваивает, не принадлежащее ему по праву, или пассивно принимает под давлением социума. Интегрированная, или зрелая личность — личность с высокой степенью осознания — выбирает «срединный путь», путь примирения собственных осознанных потребностей с требованиями общества, чем достигается гармония «Я» с окружающим миром. «Диалог между фрагментами собственной личности» — процедура, преследующая цель интеграции фрагментированной личности, слияния противоположностей. Наиболее универсальными, значимыми для человека противоположностями являются: «мужественность—женственность», «агрессивность—пассивность», «зависимость—автономность», «рациональность —эмоциональность». Процедура выполняется с помощью «пустого стула», который располагают напротив пациента. Пациент поочередно меняет стулья, отождествляя себя с противоположными сторонами своей личности и проводя диалог между ними.

Если рассматривать эту процедуру с точки зрения психологии отношений и представлений о неврозе как конфликтогенном заболевании, то, по существу, речь идет об осознании отношения к самому себе, осознании неадекватности самооценки, о столкновении противоречивых сторон отношения к себе, лежащих в основе интрапсихического конфликта. Интеграция личности в рассматриваемом контексте соответствует моменту формирования адекватной самооценки, отказу, с одной стороны, от несоответствующих возможностям личности претензий, от нереалистических установок, чрезмерно высоких требований к себе или другим, а с другой стороны, принятия прежде отвергаемых потребностей, тенденций, установок, повышении ценности собственных возможностей, способностей, признания уникальности своего «Я».

Проработка внутриличностного конфликта с применением техники гештальт осуществляется следующим образом. В процессе обсуждения с пациентом его проблем, трудных жизненных ситуаций, коллизий, при анализе эмоционально значимых для него отношений (отношения к себе, к значимым другим), пациента просят проиграть диалог между «желанием» и «возможностями», между «желанием» и «долгом». Чаще, однако, диалог проводится между содержательными элементами конфликта. Например, мать, которая с помощью невротической симптоматики удерживает при себе взрослого сына, просят проиг-

рать диалог между «удерживающей» и «отпускающей» матерью. Или мужчину, достигшего предела своей профессиональной компетентности и не справляющегося с возрастающими требованиями, можно попросить разыграть диалог между «эрудированным» и «несведущим» или между «преуспевающим» и «заурядным» и т. п.

Диалоги проигрываются и с воображаемыми значимыми другими (родителями, супругами, детьми, начальниками и т. д.). Эта психотехника ярко воплощает теоретическое положение об идентичности внутриличностного и межличностного конфликта, концепцию «интериоризации-экстериоризации». В процессе диалога пациент проецирует на значимого для него «собеседника» собственную проблематику, связанную с внутриличностным конфликтом. Пациент осознает, что источником трудных отношений с другими людьми является он сам, те противоречия, которые лежат в нем самом, а не какие-то внешние, «объективные» причины.

Приемы гештальт-терапии могут быть использованы в групповой патогенетической психотерапии. В сеансах биографической ориентации можно использовать классическую модель групповой психотерапии Перлза, которая основана на диадном взаимодействии врача и пациента на фоне группы. Психотерапевт направляет пациента, просит повторять значимые для пациента слова, направляет его монологи и диалоги, просит усиливать какие-то действия и т. п. Роль группы сводится к отражению переживаний пациента и к внутренней работе, связанной с отождествлением с пациентом и его проблемами.

При интеракционистской ориентации групповой психотерапии диадный контакт осуществляется не на фоне относительно пассивной группы, а органически включается в структуру группового занятия: спонтанное взаимодействие между участниками группы подводит к необходимости подключения в какой-то момент терапевтической ситуации того или иного приема гештальт-терапии. При таком варианте психотерапевт выступает в роли эксперта, к помощи которого время от времени прибегает группа для облегчения решения стоящих перед ней задач. Выполнив свою экспертную роль, психотерапевт снова уходит на задний план, предоставляя возможность группе спонтанно развиваться. Работая с членом группы один на один, психотерапевт использует такие же приемы, как и при индивидуальной психотерапии. Здесь необходимо еще раз подчеркнуть, что в практике групповой патогенетической психотерапии разделение сеансов на биографические и интеракционные является достаточно условным: обычно в одном сеансе сочетаются различные виды ориентации.

В гештальт-терапии разработаны специальные приемы, предназначенные для групповой ее формы. Они основаны на интеракциях между участниками группы и членом группы, находящимся в центре ее внимания (сидящим на «горячем стуле»). Наиболее известные из таких приемов: «хождение по кругу» («рондо»), «проективные игры», «реверсивная игра» («выявление противоположного»). Во время «хождения по кругу» пациент подходит к каждому участнику группы и обращается к нему с каким-либо значимым для него утверждением, выражает свое чувство, свои опасения, сомнения, страхи, по предложению психотерапевта совершает какие-либо действия, направленные на выражение своего отношения к участникам группы. В форме «рондо» часто разыгрыва-

ется «незаконченное дело». При «проективной игре» пациента просят отождествиться с тем аспектом своей личности, который он отчуждает, «примерить» ту черту, которую он проецирует на других и с позиций человека, обладающего этой чертой в гротескной форме, вступить во взаимодействие с каждым участником группы, совершая «рондо». При «реверсивной игре» пациент должен разыграть поведение, противоположное тому, которое он демонстрирует в группе и которое является для него защитным. Так, женщину, играющую в группе роль «душечки», просят перевоплотиться в агрессивную, высокомерную, задевающую других. Если в ходе игры пациенту удается полная идентификация, он начинает осознавать, что проигрываемая роль и черты личности являются его собственными, подлинными. Таким образом интеллектуальное осознание возникает на высоте непосредственного переживания в ситуации «сейчас». Согласно концепции гештальт-терапии связь с «тогда» возникает естественно и не требует специальных психотерапевтических усилий, ибо «сейчас» — это актуализация прошлого опыта. Однако практика показывает, что не всегда возникает полноценный «инсайт», полное осознание — это чаще лишь «зарницы», кратковременные «проблески» осознания. Именно в связи с этим возникает необходимость сочетания патогенетического (каузального) и гештальтистского (феноменологического) подходов. Так, во время занятия групповой патогенетической психотерапии с использованием гештальт-экспериментов, после выполнения пациентом одного из описанных приемов, участники группы обмениваются мнениями, предоставляют обратную связь, интерпретируют полученный в процессе эксперимента материал. Групповая дискуссия способствует «дозреванию» пациента, трансформации «проблесков» осознания в «просветление». Если психотерапевт, работающий в чистой гештальт-технике, постоянно — и в этом его основная задача — возвращает пациента в ситуацию «сейчас», то при интегративном подходе мастерство психотерапевта состоит в умелом сочетании двух принципов — «сейчас» и «тогда».

Итак, патогенетическая психотерапия, основанная на принципе причинности, больше связана с анализом истории пациента, с воздействием на когнитивный аспект его отношений; гештальт-терапия, основанная на «сейчас», акцентирует «переживание» актуальной ситуации и поэтому больше связана с воздействием на эмоциональный аспект отношений. Отсюда следует, что оптимальное психотерапевтическое воздействие должно основываться на сочетании двух подходов: каузального (исторического) и функционального (феноменологического).

14.2.3. Интеграция когнитивно-поведенческой психотерапии

Патогенетическую психотерапию В. Н. Мясищева сближает с когнитивным подходом общая базальная гипотеза, которая гласит, что не события сами по себе вызывают эмоциональные расстройства, а то, как человек *воспринимает* эти события, что он *думает* и что *переживает* по поводу этих событий, иными словами, *отношение* человека к этим событиям.

Если у В. Н. Мясищева личность представляет собой «систему отношений», то у А. Бека личность — это система «когнитивных структур» или «схем», представляющих собой базальные убеждения (позиции), а у А. Эллиса — система убеждений («beliefs»).

Далее, В. Н. Мясищев рассматривает отношение как структуру, состоящую из трех, неразрывно связанных друг с другом, компонентов: когнитивного, эмоционального и поведенческого. А. Эллис рассматривает убеждения («beliefs») как «эмоционально-когнитивные связи». Когниции и эмоции рассматриваются интегративно, причем важность этого двуединства, которое с неизбежностью предопределяет и поведение человека, подчеркивается самим названием терапевтического подхода А. Эллиса — «рационально-эмотивная терапия».

Невроз, согласно В. Н. Мясищеву, есть нарушение системы отношений. Идентичное положение мы находим у теоретиков когнитивного подхода: у А. Бека эмоциональное нарушение связывается с наличием у пациента «дисфункциональных» когнитивных схем, а у А. Эллиса — с наличием «иррациональных убеждений», или «жестких эмоционально-когнитивных связей».

Патогенетическая психотерапия связывает наличие неадекватной системы отношений со всем предшествующим неврозу ходом развития личности, начиная с неправильного воспитания в родительской семье. Точно так же «дисфункциональные убеждения», или «иррациональные установки» в теориях личности когнитивных психотерапевтов формируются в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими.

Главная задача патогенетической психотерапии заключается в *реконструкции* системы отношений больного неврозом; главная задача когнитивно-поведенческих подходов — *изменение* убеждений пациентов, замена дисфункциональных убеждений, иррациональных установок на более адаптивные, функциональные, рациональные, замена жестких эмоционально-когнитивных связей (схем) более гибкими.

Существенная разница двух подходов (патогенетической психотерапии и когнитивных моделей терапии) состоит в том, что в когнитивной психотерапии из анализа выпадает важное (с точки зрения патогенетической психотерапии) промежуточное звено патогенеза эмоционального нарушения — *психологический конфликт.* Психогенез как таковой не интересует когнитивную терапию. Она фокусирована на конечном результате неправильного развития личности — на системе иррациональных, малоадаптивных, приводящих к нарушению личного функционирования установок, позиций, убеждений. Эллис неоднократно подчеркивал, что рационально-эмотивная терапия не интересуется «генезом» эмоциональных расстройств, ее интересует, благодаря каким иррациональным убеждениям (установкам, позициям) эти расстройства поддерживаются в *настоящем.*

Итак, когнитивный психотерапевт работает с убеждениями пациента, с его системой отношений, ценностей, с его мировоззрением и философией. Поэтому А. Эллис, например, прямо называет свой подход философским. Патогенетический психотерапевт при тесном сотрудничестве с пациентом проводит вначале *анализ* проблематики пациента, вскрывает генез заболевания, *интрапсихические конфликты,* приводящие к возникновению эмоциональных нарушений, просле-

живает, как внутренние конфликты приводят к межличностным проблемам, выясняет, какие условия личности (особенности системы отношений) способствуют возникновению конфликтов (внутренних и внешних), а уже затем (или одновременно с этим) занимается вопросами реконструкции личности, перевоспитания пациента. Патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева является по сущности своей не только рациональной, но и психодинамической в то же время — в этом ее существенное отличие от когнитивной психотерапии.

В связи с этим патогенетическая психотерапия может в значительной степени обогатить арсенал психологических средств, предназначенных для выявления дезадаптивных позиций личности и реконструкции системы отношений больных неврозами, обратившись к методам, применяемым в когнитивно-поведенческих подходах.

Надо заметить, что проводя психогенетический анализ, психотерапевт при работе с пациентом, прибегая в ходе бесед с ним к многочисленным и разнообразным приемам рациональной психотерапии, как то: убеждению, разубеждению, доказательству несостоятельности или ущербности позиций пациента, необоснованности его претензий, ограниченности или ригидности его установок и многим другим, стихийно применяет и те из них, которые описаны в когнитивной терапии как техника «что если», «декатастрофизация», «сократовский диалог», «когнитивный диспут» и др. С другой стороны, используемая, например, в патогенетической психотерапии техника «конфронтации» содержит элементы сократовского диалога и когнитивного диспута. Трудно назвать хотя бы один прием когнитивной психотерапии, который не мог бы найти себе применение в патогенетической психотерапии при решении ее тактических задач.

Важность когнитивных подходов для нас усиливается еще и тем, что, будучи когнитивно-поведенческими, они, при интеграции их в систему патогенетической психотерапии, влекут за собой целую вереницу поведенческих процедур, значение которых в решении вопросов реконструкции системы отношений больных неврозами, изменения их поведения, трудно переоценить. Связь когнитивного и поведенческого подходов, как было показано создателями когнитивно-поведенческой терапии, является *органической:* здесь речь идет о *синтезе, интеграции* двух подходов, а не об эклектическом соединении двух разнородных элементов, каждый из которых сам по себе представляет несомненную терапевтическую пользу. В связи с этим когнитивно-поведенческий подход представляет интерес для патогенетической психотерапии (в свете создания ее интегративной модели) не только с точки зрения ее обогащения за счет привлечения отдельных когнитивных техник, но, прежде всего, с точки зрения холистических принципов, которые лежат в основе этого подхода.

14.2.4. Интеграция идей динамической психиатрии

Динамическая психиатрия Гюнтера Аммона так же, как и патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева, развивалась по линии ревизии классического психоанализа. Биологически детерминированный эдипов комплекс заменен на

симбиотический комплекс, который представляет собой сложную констелляцию отношений пациента в родительской семье; личность рассматривается как система центральных структур Я (агрессия, страх, отграничение, нарциссизм, сексуальность и др.). Существенным вкладом Аммона является описание этих структур (отношений) с точки зрения их качественного выражения как конструктивных, деструктивных или дефицитарных. Таким образом, самые различные виды и свойства отношений у Аммона структурированы и могут быть измерены с помощью 18 шкал Я-структурного теста.

Эти качества являются отражением межличностных отношений первичных групп (групподинамического поля), результатом интернализации так называемой «социальной энергии». «Социальная энергия» очень удачная метафора, которая подчеркивает важность эмоционального аспекта отношений. У ребенка отсутствует речь, но он уже вовлечен в определенную систему отношений, он реагирует на невербальные сигналы, которые получает из ближайшего окружения, прежде всего от матери. В этом возрасте уже формируется структура его личности и во многом определяется его дальнейшая судьба.

Что конкретно может быть интегрировано из теории и практики динамической психиатрии в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии? Во-первых, «Рабочий проект», как форма терапии, полностью отвечающая целям и задачам нашего подхода, с позиций которого «Проект» — это наиболее адекватная для условий психотерапевтического или психиатрического отделения форма воздействия психотерапевтического коллектива на личность пациента. «Проект» принципиально отличается от трудовой терапии. Конечно, и при проведении трудовой терапии, как указывает С. Кратохвил, считается важным, чтобы работа имела общественный смысл и представляла возможности для самовыражения пациентов и интеракции между ними.«Проект» является сгустком отношений «ответственной зависимости» (А. С. Макаренко) всех воспитывающих и перевоспитывающих воздействий коллектива.

Во-вторых, представляется весьма полезным интеграция в нашу систему понятий «конструктивный», «деструктивный» и «дефицитарный» как характеристик отношений личности, межличностных отношений, и типов семейного воспитания. Введение в обиход патогенетической терапии этих понятий обогащает ее язык и конкретизирует представление о нарушенной системе отношений.

Наконец, мы можем использовать в исследовательских целях и практике патогенетической терапии Я-структурный тест Аммона для выявления особенностей системы отношений человека. Этот тест представляет особую ценность тем, что с его помощью можно измерять не только уровень и качество нарушенных отношений, но также и степень их здоровых ресурсов, что важно для психотерапевтических целей.

Сравнительный анализ двух систем — динамической психиатрии и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии — показывает их несомненное родство и позволяет надеяться на взаимное обогащение идеями в направлении создания интегративной модели психотерапии. Важное отличие на сегодняшний день состоит в том, что динамическая психиатрия в значительно большей степени гуманизирована, пропитана идеями и духом гуманистической психологии.

14.2.5. Случай из практики

Интегративный подход в психотерапии, в частности интеграция принципов и методов гештальт-терапии в систему патогенетической психотерапии, может быть проиллюстрирован примером работы с пациентом в течение трех сеансов групповой патогенетической психотерапии с применением гештальт-экспериментов.

Первый сеанс.

Терапевт: «Кто готов вынести свою проблему на обсуждение? У кого есть какие-то трудности, которые он хотел бы разрешить с помощью группы?»

Сережа (участник группы): У меня сложные взаимоотношения с мамой, и я хотел бы разобраться в этом. Меня угнетает то, что мама чрезмерно опекает меня, вмешивается в мои дела, ограничивает мою свободу. Это вызывает чувство раздражения, ссоры между нами.

Далее Сереже предлагается рассказать о себе и о своей жизни то, что, с его точки зрения, является важным, существенным.

Сережа рассказал следующее: ему 27 лет, он холост и живет с мамой. Матери 53 года, у нее доминирующий характер, и она подавляет его. Отец злоупотреблял алкоголем, родители развелись по инициативе матери, когда мальчику было 9 лет. Отец живет в другом городе, имеет другую семью. Первые четыре года после развода мальчик с отцом не встречался. Вспоминает, что тосковал по отцу, хотелось, чтобы он вернулся, говорил об этом матери, но мать была настроена категорически против отца, упрекала его в том, что он испортил ей жизнь, унижала его в глазах сына: «твой отец ничтожество», «слабый человек», «безвольный пьяница» и т. п. В последующие годы встречался с отцом ежегодно, приезжал к нему погостить. Мать пыталась устроить свою личную жизнь, но безуспешно. Одно время в семье наездами появлялся «дядя Слава», но у него была своя семья.

После окончания медицинского института уехал по распределению в другой город. Тосковал по матери, звонил по телефону почти каждый день, часто приезжал к ней.

Рассказал о своей интимной жизни. Встречался с женщинами, но до прочных отношений дело не доходило: или он уходил, или его скоро оставляли, так как он не решался сделать предложения. Часто не доходило и до близких отношений. О мотивах своего нерешительного поведения в отношении к женщинам говорит весьма путано, пытается объяснить это наклонностью к платоническим отношениям, к идеализации любви, а также социальной неподготовленностью к вступлению в брак (отсутствие подходящих жилищных условий, низкая заработная плата и т. п.). Создается впечатление о том, что мотивы недостаточно осознаются, прибегает к рационализации.

Рассказал, что отношения с матерью особенно напряжены в последние годы. Мать раздражает его тем, что не спит ночами, когда его нет дома, ждет его возвращения, постоянно спрашивает, где он проводит время, когда вернется домой и т. п. Не чувствует себя свободным. В то же время мать не возражает против того, чтобы он женился, воспринимает это как неизбежный факт.

На вопрос о том, предпринимал ли он попытку жениться, рассказал, что, приезжая к матери, когда он работал по распределению в другом городе, встречался с девушкой и через некоторое время сделал ей предложение. Уклонился

от ответа на вопрос, был ли в нее влюблен: «она мне нравилась». Первый же вопрос девушки о том, где они будут жить, вызвал растерянность и недоумение, так как считал естественным, что жить они будут у него с мамой. Получил уклончивый ответ на свое предложение, девушка просила дать ей месяц на размышление. В последующие за этим дни испытывал напряжение. Была неприятна необходимость прийти в ее дом для представления родителям, опасался, что придется жить в чужом доме, с чужой матерью. Мать девушки не понравилась, чувствовал ее властность, стремление во всем настоять на своем, была неприятной мысль о том, что придется подчиняться ей. Мать завела разговор об участке. Понял, что все идет к тому, что они хотят, чтобы он жил у них. Особенно болезненно воспринял реплику девушки: «Я понимаю нежные отношения сына и матери и даже ценю их, но жить со свекровью я категорически отказалась бы». Тяготился ситуацией ожидания. Решил форсировать события, чтобы освободиться от неприятных переживаний, торопился «решить все раз и навсегда». Позвонил девушке и потребовал дать ответ. Снова получил уклончивый ответ. После этого уехал на работу по месту распределения и больше не звонил.

Еще до этого сообщил матери о намерении жениться. Мать восприняла это внешне спокойно. Почти не говорили на эту тему. Когда через некоторое время мать осторожно спросила, как идут дела, он ответил с небрежностью о том, что говорить больше не о чем. Больше к этой теме не возвращались.

Терапевт: Сейчас у тебя есть возможность закрыть гештальт, закончить незавершенную ситуацию с девушкой. Вообрази, что она сидит на стуле напротив тебя и проведи с ней диалог. Когда будешь говорить от ее имени, то пересаживайся на ее стул, причем старайся перевоплотиться, *стать* ею, вчувствоваться в ее переживания, посмотреть на мир ее глазами, с точки зрения ее потребностей, интересов. Попытайся осознать мотивы своего поступка, что двигало тобою изнутри, почему ты расстался с ней, какие внутренние преграды стояли, что помешало вам соединиться? Чтобы этот диалог состоялся, надо быть предельно искренним и спонтанным. Итак, твоя девушка, Оксана, сидит напротив...

Сергей: Привет!

Оксана: Привет!

Сергей: Ну как дела?

Оксана: Да ничего.

Сергей: Как успехи? *(К терапевту:* В тот период?)

Терапевт: Здесь и сейчас! Тебе надо завершить ту незаконченную ситуацию. Тогда ты не позвонил, и не было объяснений, пусть это объяснение произойдет сейчас. Вы сейчас встретились и пытаетесь понять, что произошло, почему вы расстались.

Далее идет довольно формальный разговор на общие темы: о родственниках, о работе и т. п. («из вежливости»).

Терапевт (прерывает): Давайте ближе к теме, так можно долго разговаривать. Спроси у Оксаны: «Ты не жалеешь, что так все получилось?»

Сережа: Ты не жалеешь, что так получилось?

Оксана: Жалею. Но ты же не позвонил. Ну кто же так замуж-то предлагает?

Сережа: Ну женился бы я на тебе, а потом... *{Пауза. Не знает, что говорить).*

Терапевт: Вот и скажи, а что было бы потом.

Сережа: Наверное все-таки я устал бы, устал бы... *(Снова долгая пауза).*

Терапевт *(со стороны Оксаны):* От чего бы ты устал?

Сережа: Бороться бы устал. Бороться с твоим стремлением подчинить себе. Постоянно волноваться за тебя. А может быть, даже и ревновал бы тебя. Я просто ревновал бы тебя к другим мужчинам... А может быть, я просто боялся тебя потерять.

Оксана: Почему ты боялся?

Сережа: Ты же знаешь меня — я люблю сидеть дома, вообще я хочу быть дома... *(Заминка, затем* с *мечтательной фальшивой интонацией.)* Я хочу быть с тобой... Я хочу заняться работой, в конце концов.

Терапевт: Спроси у Оксаны: «Как ты думаешь, почему я так поступил?»

Сережа: *(повторяет вопрос)*

Оксана: Да ты неумелый, не знаешь, как ухаживать за девушкой! Тебя ждешь, ждешь. А ты все куда-то едешь... (с *досадой)* А потом встречаешь холодное твое лицо.

Терапевт: Спроси у Оксаны: «И все-таки, что ты думаешь, почему я так поступил?»

Сережа: Почему я не женился на тебе?

Оксана: *(тихо)* Не знаю... А может быть, ты испугался, а может быть, ты... *(долгая пауза)* нерешительный... может быть, ты слушаешь своих друзей... не знаю... может быть, ты *(тихим голосом, робко)* слушаешь свою... маму. Я не знаю. (С *готовностью).* Да в общем, расскажи мне сам! Ага! Ты не хочешь говорить, не хочешь... Ты просто не любишь меня, скорее всего. Ведь мужчина должен ухаживать, быть рыцарем, дарить цветы, а ты так редко мне их дарил... *(Далее уходит в общие рассуждения от достигнутого осознания, «заговаривает»).*

Терапевт *(настаивает со стороны Сергея):* Оксана, я все-таки хочу услышать от тебя, что ты обо мне думаешь, скажи искренно.

Сережа *(решительно):* Скажи, как есть на самом деле.

Оксана: Я думаю, что ты, как и все мужчины *(говорит без задержек, с готовуюстью, как будто нашел объяснение),* все вы хотите чего-то одного и не хотите понять...

Терапеит *(прерывает):* Сережа, я хочу, чтобы это было искренно. Что ты делаешь сейчас?

Сережа: Я передаю то, что она говорит.

Терапевт: Ты кокетничаешь сейчас!

Сережа: Так она всегда говорит!

Терапевт *(настаивает с легкой досадой):* Выясни, что она сейчас о тебе думает.

Сережа *(со стороны Оксаны): (Меняет манеру, становится серьезным, задумчивым, после долгой паузы.) Я* думаю, ты слабый человек... *Обращается к терапевту:* Это мои мысли, я не могу сказать, что она думает, я не могу знать! Это сплошь одно кокетство!

Терапевт: Представь себе, что настал момент истины, теперь не до кокетства. Вы дошли до такой черты, когда ложь становится просто нелепой и неприличной и надо говорить только правду!

Сережа (со стороны Оксаны): *(Опустив голову, медленно, внушительно, с большой экспрессией).* Какая ты мразь... ты мразь... Мне действительно тебя жаль... Я ведь тебя любила, а ты... *(Пауза).*

Сережа: Ты меня как мужчину не воспринимаешь вообще, ну не чувствовал я этого! Эти кратковременные встречи, наезды. Ты не думала обо мне... *(К терапевту).* Я хочу уйти! Мне нечего больше сказать!

Терапевт *(от Оксаны):* Нет, я прежде хочу знать от тебя, что произошло!

Сережа: Я придумал какую-то волю, я начитался, я придумал какую-то силу... Да, да, были запреты, самоограничения, анализ. А я... я тебя любил, любил и изменял.

Терапевт *(от Оксаны):* Скажи, почему тебе лучше без меня?

Сережа: Мне не нужно ничем себя обременять, мне не нужно ни с кем бороться, ни о ком думать, я себя комфортнее чувствую. Все! А вот скажи ты мне, за что тебя так любят в семье? Почему ты так себя вела? Ты человек малоинтересный, мне часто было скучно с тобой. Мое внимание ты привлекала какими-то примитивными формами. Сплошным кокетством. Я ощутил, что ты многое взяла от своей мамы — ее директивность, догматизм. Ты часто говоришь «мое мнение», не аргументируя... *(Продолжает перечисление претензий, анализируя характер Оксаны).*

Терапевт *(прерывает):* Сережа, переведи на собственную личность. Взаимные упреки оставим в стороне! Пусть это будут сильные слова. Даже если и объективно несправедливые, но чтобы они шли от сердца.

Сережа *(громко, решительно):* Я побоялся взять на себя ответственность... иметь собственную семью! Постоянно сглаживать, обыгрывать конфликты между тобой и мамой. Я всего этого боялся. Мне стало страшно, понимаешь, просто страшно, и я не захотел этого! *(Долгая пауза).* Я не могу больше ничего сказать. Все!

Терапевт: Что ты чувствуешь?

Сережа: В ногах тепло. В лице жар. Боль в спине. Ощущение какого-то освобождения. Сильно устал. Мышечное расслабление. Все!

Второй сеанс.

Сережа: Трудности прежде всего в том, что у меня неосознанная раздражительность к своей маме. Причем, когда я ее не вижу, то хочу увидеть ее, хочу помочь ей в чем-то, чем-то поделиться... Это все уходит, как только я прихожу домой. Хотя если она улыбается, смеется, я всегда искренно разделяю ее радость. Проблема в том, что мы оба понимаем конфликтность наших отношений, но ни я, ни она не склонны пересмотреть... трезво отнестись к этому конфликту...

Терапевт: Сережа, у тебя есть конкретные претензии, обиды.

Сережа: Есть, есть.

Терапевт: Вообрази, что на этом стуле перед тобой сидит мама и молчит, она не будет тебе возражать, а ты выскажи ей так искренно, как только ты можешь, все свои претензии и обиды.

Сережа: Понимаешь, мне не нравится то, что ты постоянно практически во всем, в любых мелочах упрекаешь меня. Мне не нравится, что ты часто косвенно пытаешься навязать мне свою точку зрения по поводу решения каких-то вопросов. Мне не нравится то, что ты часто в детстве, сейчас меньше, безусловно, не разделяешь моих привязанностей к людям, то есть к моим друзьям. Мне не нравится то, что ты не знаешь — но сейчас, слава Богу, усвоила — имена моих друзей. Мне не нравится твой прагматизм, во всем ты пытаешься искать какую-то выгоду. Мне не нравится то, что ты высказываешь свою точку зрения по поводу женщин, с которыми я встречаюсь. Мне не нравится, что ты во все лезешь и мешаешь мне принимать свои решения. Мне не нравится, что ты не

пытаешься прислушаться ко мне, когда я хочу дать тебе трезвый совет. Мне не нравится твоя нерешительность. Мне не нравятся твои конфликты на работе. Мне не нравится, что ты говоришь со мной о не волнующих меня вещах. Мне не нравится, что ты раньше читала, а сейчас забросила свою профессию. Мне не нравится твоя мелочность. Мне не нравится, что ты не скрывала от меня своего негативного отношения к отцу. Мне не нравится, что ты постоянно воспитывала во мне какое-то презрение к отцу. Мне не нравится твое отношение к родственникам, хотя формально все хорошо. Мне не нравится, что ты стремишься доминировать, что ты часто повторяешь: «мать есть мать, сын есть сын». Мне не нравится, что ты не следишь за собой, мне не нравится твой бедный гардероб, ходишь в старой обуви. Для кого все это? Мне не нравится, что ты призываешь меня к выполнению какой-то нашей семейной программы, которая сплошь и рядом порочна. Мне не нравится, что ты хочешь, чтобы я занимался сельским хозяйством, я хочу быть врачом, я еще не оставляю надежды быть врачом. Мне не нравится то, что ты даже сейчас можешь меня унизить. Мне не нравится, что любое мое жесткое поведение ты расцениваешь как грубость.

Терапевт: Ты предъявил маме много разных претензий. Назови теперь самую главную.

Сережа (с *глубоким раздумьем, тихо):* Из-за тебя я не могу чувствовать себя самостоятельным человеком. Ни в чем!

Терапевт *(обращает внимание на то, что пациент во время монолога постоянно притирает ладони одну к другой):* Что ты сейчас делаешь руками?

Сережа: Я тру пальцами ладонь. Я не знаю...

Терапевт: Попытайся преувеличивать это движение рук и понять, что за этим стоит.

Сережа *(преувеличивая движение рук):* Я вижу ее взгляд. Я ощущаю материнский взгляд... Это может быть там глубоко отец... Я передаю отношения между нами, между мной и матерью. То она прижмет меня к себе, то она меня унизит, накричит на меня, оскорбит. У нее это часто бывает. С детства. Я ненавижу ее за это. За то, что она с самого начала воспитывала меня какого-то особенного, постоянно во мне отмечала какие-то достоинства, и сама тут же могла унизить меня. Все запрещала. *(Далее обращаясь к матери).* Ты запрещала поздно приходить домой, встречаться ... с девушками. «Надо сначала окончить школу, поступить в институт». Да, ты всячески противилась моим встречам с девушками. Я запомнил один момент, когда ты сказала: «До окончания института жениться не смей!» Ты часто называла меня мразью. Очень часто. Стоило мне в 24 года поздно прийти домой — все! *(Размышляет вслух, медленно).* Почему я всегда пытался искать причины с бабушкой — нет, с бабушкой у меня был полный контакт. А может быть те мужчины, которые... я часто их не принимал... с которыми она встречалась. Она часто советовалась со мной, мне было уже 14-15 лет. Советовалась со мной, будто сама чего-то боялась... *(Снова к матери).* Мне надоели твои упреки в том, что ты мне все дала, а я такой неблагодарный. Мне надоело твое постоянное желание, чтобы я все время был с тобой. Мне надоели твои слезы... Я так хорошо себя чувствовал, когда тебя не было рядом. Хотя иногда я хочу тебя видеть. Мне надоело постоянно себя сдерживать. Я не могу с тобой серьезно поговорить ни о каких своих проблемах. Ты не принимаешь мои слова на веру, либо полностью их отвергаешь. Мне надоело, если я прихожу утром, ты закатываешь мне истерики. Мне надоели твои постоянные укоры и стремление... женить меня, хотя знаешь, что при таком отношении я этого не сделаю. Мне надоело твое при-

творство, когда я вижу, когда ты с кем-нибудь встречаешься, ты формально интересуешься человеком. Ты думаешь, я этого не замечаю. Вообще у тебя формальные отношения. Мне надоели твои упреки в отношении бытовых проблем. Когда я начинаю чинить сантехнику, ты лезешь туда, когда я берусь чинить утюг — ты опять лезешь! Мне надоело видеть тебя постоянно рядом. Надо-е-ло! Вот я сейчас... тебя нет — и я прекрасно себя чувствую! Великолепно! Я не вижу тебя десять дней, и я отдыхаю! Ты думаешь, что когда ты уезжаешь, то я обязательно кого-то приведу. Мне надоели вот эти твои постоянные подсматривания. Где не так тапочки стоят, где не так еще что-нибудь такое. Не дай Бог я чашку забуду вымыть — это же кошмар! «А кто у тебя был?» Я что, не могу пригласить кого-нибудь? Мне все это надоело! Во всем ты выбираешь! Ты решаешь! Мне это надоело!

Терапевт: Тебе не надоело продолжать эти обвинения?

Сережа: Да какой-то след остается, еще что-то...

Терапевт: Видимо, ты не проговариваешь самого главного. Ты буксуешь, понимаешь? Потому и след... Надо сделать тот самый толчок или рывок, о котором мы вчера говорили. Прорыв надо сделать. *(Долгая пауза...).*

Терапевт *{предлагает сесть на стул мамы):* Пусть теперь мама скажет тебе.

Сережа *{от имени матери):* Ты ведь знаешь прекрасно, твой отец испортил мне жизнь. Ты ведь знаешь, что стоило мне поставить тебя на ноги, что стоило получить эту квартиру. Я хотела, чтобы ты не испытывал тех трудностей, которые испытала я. Ты же знаешь прекрасно, что я жертвовала своей личной жизнью, чтобы ты стал на ноги. Я хотела, чтобы ты получил образование. Ты его получил — я довольна этим. Я сделала для тебя все, и вот теперь ты отвечаешь мне черной неблагодарностью! У всех дети как дети, а ты неблагодарный сын. Я знала это. Неблагодарный сын. Я знала, что ты захочешь от меня уйти, что ты захочешь самостоятельности, что эти девки тебя до хорошего не доведут. Я знала это прекрасно. И вот я получила. Я получила по заслугам; За то, что я всегда себе во всем отказывала! Ты же знаешь, что я одна, я одинока. Я переживаю, когда тебя долго нет.

Терапевт *{просит занять прежнее место):* Посмотри теперь на маму и скажи, что ты чувствуешь к ней?

Сережа: Я чувствую какую-то опустошенность... Сейчас передо мной стоят ее глаза. Я ощущаю какую-то усталость в теле, хотя сознание ясное. Мое состояние изменилось, оно совсем другое...

Терапевт: После того, как вы высказали претензии друг к другу, не возникает желания просто поговорить с мамой, попытаться понять в чем дело, что такое происходит с вами, почему порознь вам плохо, а вместе еще хуже?

Сережа *{обращаясь к матери):* Я не чувствую, чтобы ты сейчас хотела этого.

Терапевт: Наверное, это зависит еще и от тебя.

Сережа *{медленно, трудно, подавленно):* Давай сейчас с позиции взрослых людей обсудим эту проблему. Вот ты говоришь, что я часто забываю о тебе в различных ситуациях. Почему ты так говоришь?

Мама: Ты же знаешь, я боюсь. Когда ты рядом, я чувствую себя спокойнее. Мне страшно оставаться одной. Ты единственное, что у меня осталось, ты единственный человек, который мне нужен.

Сережа *{тихо, с нежностью):* Мама, я же не собираюсь уезжать. Ты же знаешь прекрасно, что я часто думаю о тебе. Когда я уезжал, ты же помнишь, я звонил тебе каждый день. Ты же чувствовала мое присутствие, ты знала, что я рядом, что я о тебе волнуюсь. Я бы хотел, чтобы мы сообща решали все наши

семейные дела, ставили бы друг друга в известность. Может быть, тогда я женюсь... и будут дети, внуки...

Терапевт: Спроси у мамы: «Мама, ты хочешь, чтобы я женился?»

Сережа: Ты хочешь, чтобы я лсенился?

Мама: Да, я хочу, но я хочу... *(пауза),* чтобы тебе попалась такая жена, которая бы уважала и ценила тебя. Я хочу, чтобы ты женился. Я хочу тебе счастья, хочу... я тоже устала от всего этого.

Терапевт: Спроси от имени мамы: «Ты сам-то жениться хочешь?»

Сережа *(от имени мамы):* Ты хочешь жениться?

Сережа *(долгая пауза):* Нет!

Терапевт *(от имени матери):* Так чего же ты хочешь?

Сережа *(тихо, после паузы):* Я тоже хочу быть с тобой. Хочу жить так, как и жили... Довольствоваться тем, что есть... *(громче,более живо,как бы приходя в себя).* Меня удовлетворяет все это... Все прекрасно!

Мама *(тихим, упавшим голосом):* А как же дети?

Сережа *(болееживо):* Что дети? Что сейчас дети? Их прокормить даже нечем сейчас. Ты же знаешь, что я всегда создавал себе идиллический образ, какой-то любви... хотя сам в этом практически... Но я вспоминаю, как ты препятствовала нашим встречам с Мариной. *(С сарказмом).* Редчайшее зрелище! Тебе все не нравилось, все абсолютно! Ты все эмоции во мне давила. Все давила. Все!

Терапевт: Еще раз, глядя на маму, мог бы повторить, что ты хочешь?

Сережа: Я хочу, чтобы мы понимали друг друга и с уважением относились друг к другу.

Терапевт: А по поводу дальнейшей жизни, по поводу женитьбы? Повтори то, что ты уже сказал.

Сережа: Я хочу, чтобы мы понимали друг друга и уважали друг друга. Я хочу, чтобы ты не мешала мне в выборе женщины. Чтобы ты не мешала мне в выборе моего пути. Хочу, чтобы ты мне не навязывала...

Терапевт *(прерывая):* Сережа, я хочу, чтобы ты повторил только то, что ты уже ответил на вопросы, хочешь ли ты жениться и чего ты хочешь.

Сережа: Я хочу, чтобы ты... *(пауза)* не давила мои эмоции, я хочу, чтобы ты не высказывала в таких формах своего отношения.

Терапевт *(настойчиво):* Сережа, скажи еще раз то, что ты уже сказал здесь на вопросы мамы о том, хочешь ли ты жениться.

Сережа *(небрежно):* Да нет, наверное не хочу.

Терапевт: Так скажи это маме еще раз. Чего ты хочешь, еще раз скажи.

Сережа *(упавшим голосом, тихо):* Я хочу... чтобы мы были вместе... Я хочу, чтобы ты решала все за меня. Все делала, а я жил бы вот так... В принципе меня все устраивает, я на все готов. *(С детской обидой в голосе и с протестом).* Мне ничего не надо! Ничего! Работа есть — все! Этого вполне достаточно. Хочу, чтобы все оставалось на своих местах. Я только одного хочу, чтобы ты не сильно на меня кричала — и все. Чтобы наша семья была вместе. Все. Больше я ничего не хочу.

Терапевт: Теперь попытайся ответственно сказать маме, что больше всего из твоих признаний тебя больше всего напрягает в отношениях с ней.

Сережа: Больше всего меня напрягает, наибольший дискомфорт я испытываю тогда, когда говорю тебе, что сегодня я не приду ночевать домой. И вот этот момент, когда я ухожу, доставляет мне массу неприятностей. Слышать твои внутренние упреки — я их ощущаю. Я это чувствую всеми фибрами *(тяжело вздыхает).* Находясь в постели с женщиной, я могу встать чуть свет и уехать,

формально объяснив это какими-то причинами. Я возвращаюсь к тебе, чтобы ты чувствовала себя спокойно... *(Пауза.)* И еще. Когда ты меня слишком опекаешь, это мне мешает. Все.

Терапевт: Ты сказал самое главное что тебя напрягает?

Сережа: Да, это главное. Другие моменты, другие картины, которые возникают сейчас в моем сознании, успешно решаются. Два самых главных момента *(убежденно)* и, возможно, первый самый главный, потому что с другими я нахожу силы бороться. Первый момент самый важный. Она ведь понимает все! И еще *(обращаясь к матери с горечью и ожесточением):* Я не хочу, чтобы ты меня оскорбляла. Называла меня дрянью и мразью. И это с детства — как будто тебя хлещут по лицу. Потом у меня возникают проблемы, почему у меня с женщиной какая-то неуверенность. Сперва вгоняют в детстве вот так вот, как молоток вгоняет гвоздь.

Терапевт: Ты закончил работу?

Сережа: Да, все.

Терапевт: Мама услышала сегодня от тебя что-нибудь новое?

Сережа: Да, в общем мама услышала много нового. Обычно наши разговоры, если они носили серьезный характер, принимали форму слез или хлопанья дверью.

Терапевт: А ты услышал что-нибудь новое для себя?

Сережа: Нет, ничего. Все это уже проигрывалось.

Терапевт: Ну, хорошо, а когда ты сказал маме, что ты хотел бы остаться с ней и больше тебе ничего не надо — ты так всегда думал, или это сейчас пришло?

Сережа *(тихо):* Нет, это сейчас.

Терапевт: Какое чувство у тебя возникло в тот момент?

Сережа: Ощущение сброса, сброса... с языка. В затылке появилась боль какая-то, я сразу попытался посмотреть внутрь себя. Это было чувство похожее на вчерашнее, но с легким туманом каким-то.

Третий сеанс.

Сережа: После первого сеанса, на котором я разговаривал с Оксаной, я понял, что темой следующих сеансов будет взаимоотношение с мамой. Несмотря на то, что я действительно чувствовал значительное облегчение после первого сеанса, все-таки какая-то неудовлетворенность еще была. После второго, вчерашнего, сеанса — разговора с мамой — я действительно... ну, я просто ни о чем не думал, я великолепно спал, я встал отдохнувшим, я чувствовал просто какое-то удовлетворение, даже если я и вспоминал занятие, то это все же был какой-то индифферентный поток мыслей.

Терапевт *(обращаясь к группе):* До сих пор мы работали больше «здесь и сейчас». А вот нет ли такой потребности перебросить мостик от того, что мы наблюдаем «здесь и сейчас», к тому, что было «тогда», в прошлом, с тем, чтобы попытаться выяснить происхождение вот этих взаимоотношений с матерью, от чего они так сложились, кто в этом повинен? Какова предыстория, что вызвало такую прочную связь с матерью. Что так привязало?

Сережа: Я субъективно не чувствую такой потребности.

Терапевт: А тебе эта связь понятна?

Сережа: Да!

Терапевт: С чем ты это связываешь?

Сережа: Я связываю наличие своих проблем... Это прежде всего любовь и привязанность к матери. С моей стороны нежелание уходить от нее под лю-

бым предлогом... Я скорее всего мог себе объяснить, словами какими-то, выводами, рассуждениями, но не признать это нежелание уходить от нее. В дальнейшем это привело к комплексу...

Терапевт: Мне кажется, ты сейчас пытаешься анализировать не причины, а следствие. А нас причина интересует. Вот я хочу спросить тебя, Сережа. Взять других мальчиков — у них тоже мама есть, и они тоже любят свою маму и привязаны к ней, но вот такой привязанности, которая лишает возможности человека эмансипироваться, создать свою семью, нет. Вот эти причины — ты пытался их анализировать, есть у тебя какая-то версия?

Сережа: Да. Мои какие-нибудь, может быть, сексуальные привязанности к матери, причем возникшие очень рано. Я вспоминаю о том, как часто говорил бабушке о том, что я люблю свою маму, это я точно помню, о том, что я хотел бы..., нет, я сожалел... что я не смогу жениться на моей маме. Вот это было.

Терапевт: Это в каком возрасте было?

Сережа: Ну лет пять

Терапевт: По-моему, все мальчики в этом возрасте мечтают жениться на своих мамах, по крайней мере говорят об этом. Но потом они вырастают и женятся на других женщинах, а вот с тобой этого не происходит. Значит у тебя такая версия, что ты был маленьким Эдипом и таким остался, влюбленным в свою маму.

Сережа (с *раздумьем):* Это понятно, что у всех есть Эдипов комплекс, но почему именно я на этом застрял? Хотите, я скажу, что мне представилось, когда вчера я усиливал то движение руками, на которое вы обратили внимание, когда я разговаривал с мамой? Я не сказал тогда... Мне представилось, что я глажу то самое место у мамы. Когда я был маленький, я однажды подсмотрел, и это воспоминание явилось...

Терапевт: Хотел бы ты теперь поговорить с отцом о своих переживаниях, чувствах, о том, что волновало тебя в детстве и о чем ты с болью вспоминаешь и теперь?

Молчание, долгая пауза...

Терапевт: А что сдерживает?

Сережа *(тихим голосом):* Ничего... я не хочу просто... Я представил нашу беседу на эту тему... в общем я не испытываю какой-то потребности... Конечно, мне его не хватало... но настоящей потребности говорить с ним я не ощущаю... я чувствую просто какую-то пустоту. Вот когда я говорил о своих версиях, то в общем и эта возникала...версия человека, который являлся для меня примером мужчины... эпизодически мужчины, которые появлялись в жизни моей мамы... в общем-то некоторые давали мне некий образ, но, что касается отца... именно он давал очень мало... все эти его пьянки...они меня очень раздражали. В отношении к отцу я четко ощущаю, даже сейчас, когда я представляю его пьяным, раздражение... он напивался очень сильно.

Терапевт: Теперь ты мог бы поговорить с отцом об этих проблемах.

Сережа *(тихо, с сомнением):* Не знаю... Я боюсь ему сказать какую-то правду, какую — не знаю...

Терапевт: Так, может быть, ты начнешь этот разговор, и ты подойдешь к этому, поймешь, что ты боишься сказать отцу. Начни: «Отец...»

Сережа: Отец, я чувствую жалость к тебе. Я думаю, что мать права. С одной стороны, ты довольно многого достиг, тебя ценили как специалиста, к тебе многие обращались, но не более того... Посмотри на себя, как ты растолстел, выпиваешь, и все ищешь причины вне себя... *(Долгая пауза... К терапевту).* Я ничего не хочу сказать.

Терапевт: Но ты уже говоришь. Говори дальше! Скажи отцу, как ты его воспринимаешь: как специалиста, как мужчину, как отца, как человека — вот это все скажи!

Сережа: Мне не нравится, что ты в общем ничего не можешь сделать по дому, что ты пьешь, что ты редко навещаешь свою мать, хотя живешь с ней совсем рядом. Мне не нравится, что ты мне редко пишешь, хотя требуешь от меня писать чаще... Мне не нравится, что ты не следишь за собой, хотя в молодости занимался спортом. Мне не нравится, что ты живешь, как отшельник. Мне не нравится то, что ты *(более тихим голосом)...* не предпринимал никаких попыток.. . вернуться в семью... Это самое страшное, чего я не могу простить тебе... Ты не виделся со мной пять лет... ты мог долго меня не видеть... и ничего о себе не писать. А во время моего приезда ты устраивал сцены, изображая человека, который так долго ждал меня. *(Долгая пауза).* Все! *(Пауза, с новым приливом сил).* Ты учил меня больше плохому, чем хорошему. Ты мог дать мне рюмку выпить, но не способствовал моему образованию. Ты был от меня вдалеке, а без твоих алиментов я мог обойтись. Ты не занимался моим воспитанием! Поэтому я часто не знал, как вести себя, у меня не было отеческой поддержки, совета. Я видел только материнские слезы, истерики, запреты... Советы матери не давали желанного для меня результата, носили какой-то оборонительный характер... Я в детстве, да и позднее стал приобретать... *(с усилием и повышением голоса)* женские реакции. Я плакать мог, я мог обижаться. *(Долгая пауза). (Глубокий вздох).* Наверное все... *(Долгая пауза. С новым порывом).* Вообще-то я хочу тебе сказать, что я ненавижу тебя за то, что ты плюнул в мою мать. Ненавижу.

Терапевт: Скажи отцу: «Ты виноват передо мной в том...»

Сережа: Отец, ты виноват передо мной в том, что ты даже не пытался... вернуть меня к себе... *(Вздох).* Ты виноват передо мной в том, что забыл меня на целых пять лет. Виноват.

Терапевт: Мог бы ты сказать теперь самое важное отцу?

Сережа *(решительно):* Самое важное заключается в том, что... *(проговаривает медленно, с нотками трагизма, но уверенно и твердо)...* тебя не было тогда, когда ты мне был нужен. *(Выпрямляется на стуле с глубоким вздохом).*

Терапевт: Сейчас ты все сказал?

Сережа *(с облегчением и чувством радости):* Да! Некоторые вещи явились для меня более осознанными. То, что мне не хватало отца, я мог подозревать это и раньше, «было бы неплохо, если бы ты был здесь», но я всегда давал себе такую установку: «отец есть отец, мать есть мать. И с. этим ничего нельзя сделать». А в сегодняшнем эксперименте эта мысль... отца не было тогда, когда он был нужен... казалось бы, такая простая...вся суть именно в этом... стала мне очень понятной и значительной, я только теперь по-настоящему это осознал.

Групповая дискуссия.

Терапевт: Теперь мы можем обсудить проблему Сережи, позволить себе и выражение чувств и мыслей.

Нина: Сережа, отец не приезжал к тебе. Ты как-то это объяснял? Что это значило для тебя?

Сережа *(со вздохом):* Я не нужен... Я ему не нужен! Он меня бросил! Он меня не любит...

Надя: У тебя к отцу, как и к матери, двойственное отношение: люблю и ненавижу. Ненавижу за то, что бросил, не любит...

Зиновий: Ты ведь и сказал, что ненавидишь его. Кстати, я это ждал. Когда ты это сказал, признаться, мне хотелось пнуть ногой тот стул, на котором он сидел!

Валя *(запальчиво): А* у меня такое желание... Я вся издергалась. Я не могу. Вчерашний разговор... как ты говорил, с какой интонацией обвинял маму в том-то и том-то. Ты обращаешься к отцу, к человеку, который, по сути, виноват во всем, в твоих несчастьях, в том, что мама осталась одна, в том, что по сути дела... прожита жизнь, и ты так к нему относишься, это ужасно!

Нина: Валя, такое впечатление, что ты себя чувствуешь Сережиной мамой.

Валя *(нервно смеется):* Ладно, пусть будет так...

Терапевт *(к Вале):* Ты полностью на стороне мамы. Вчера ты защищала маму, а сегодня ругаешь отца. Это значит, что ты отождествляешься с матерью. И защищаешь, по сути, себя.

Валя: Ну, может быть... *(смеется).* Да, конечно. Да, нет! Ну, это же... Да, ладно! Вы хотите сказать, что это мои проблемы...

Нина: Именно. Нас здесь несколько человек примерно одного возраста и у нас взрослые дети, но у нас нет таких чувств, значит, они твои. *(К Сереже).* Сережа, когда ты нападаешь в этом разговоре на отца, обвиняешь его, как ты думаешь, на кого ты похож?

Сережа: Наверное на маму...

Терапевт: Хватит уже задавать вопросы Сереже. Пора Сереже услышать, как мы воспринимаем его, что чувствуем и что думаем о нем и его проблеме.

Сережа: Нина, скажи ты мне.

Нина: У меня к тебе большое сочувствие. Вчера, когда ты закончил работу, ты сидел в такой свободной позе, так красиво развалившись на стуле и выражение лица у тебя было заинтересованным, ты просто слушал нас, и я любовалась тобой. А что касается моих чувств на протяжении всей твоей работы, то я прямо кипела и клокотала. Гм, я бы выпорола твою мать, вот какие у меня были чувства! Я сейчас, конечно, поостыла, я понимаю, что она по-своему, конечно, несчастная женщина. Я негодовала. Мне так показалось, что к тому времени, когда вы расстались с отцом, она уже тогда сфокусировалась на тебе, она уже тогда хотела остаться с тобой вдвоем, она уже тогда неосознанно стремилась к тому, чтобы ты теперь сказал «я хочу быть с тобой». Вот тогда. А дальше, что бы она ни делала, она бессознательно делала так, чтобы удержать тебя рядом с собой.

Надя: Причем, она играла на твоих лучших чувствах. Она вызывала жалость, сочувствие, сострадание. У тебя это хорошо прозвучало в диалогах. «Я всю жизнь отдала тебе, все ради тебя, не вышла замуж и т. п., а ты — неблагодарный человек!»

Нина: Собственно говоря, она культивировала в тебе чувство вины. Этим удерживала. А если принять, что ты почувствовал себя брошенным отцом — это ужасно! У ребенка невольно возникает вопрос, «в чем я провинился». Может быть я плохой, если отец ушел от меня? Я не знаю, задавал ли ты себе такой вопрос, но ты это как бы подспудно чувствовал. Это еще добавка к твоему чувству вины. А что делает человек, который чувствует себя виноватым? Он с одной стороны и ведет себя так, чтобы как бы искупить свою вину, с другой стороны — от этого тяжелого чувства хочется как-то избавиться. А как избавиться от чувства вины? Надо сделать виноватым другого, который пытается возло-

жить на тебя это чувство. И ты защищаешься тем, что нападаешь. Вот та сцена, что ты описывал, когда уходил к женщине на ночь. Ты, как положено сыну, который не хочет волновать свою мать, говоришь ей: вот я не буду дома ночевать. Что, интересно, ты дальше сказал: даже если она молчит, я чувствую себя виноватым, и что же ты делаешь после этого? Ты срываешься ни свет ни заря с теплой постели с женщиной и бежишь к матери, да? Вот интересно, когда ты прибежишь к матери, что ты скажешь: «Как я счастлив тебя видеть?» — ты такое выдашь! Потому что это ведь она виновата, что пришлось к ней бежать. И что ты делаешь? — ты выливаешь свою агрессию на мать. Таким образом освобождаешься от чувства вины. Вы терзаете друг друга. Ты от Оксаны ушел? — Ушел. Ты от дедушки, от бабушки... так и будешь от всех уходить как колобок... Что ты после этого сделал? Ты стал еще больше долбить свою мать. Ты виноват! Ты виноват в этом! Вы в этой связи, любя и обвиняя и ненавидя друг друга, — это же так тяжело! Вот так всю жизнь! В конце концов, когда она тебе говорит: «Мать есть мать, а сын есть сын», она же в тебе не сына культивирует. Сын — это то, что неизбежно вырастает и улетает из гнезда. Она не сына в тебе культивировала, а человека, который всю жизнь будет рядом с ней, фактически, она воспитала мужа. А ты, конечно, ты подыгрываешь этому. Потому что и ты относишься к ней, как к человеку, с которым ты должен прожить всю жизнь.

Терапевт: Хорошо, это мать! Но еще отец есть... *(К Сереже).* Кстати, а как ты относишься к алкоголю?

Сережа: Я практически не пью.

Терапевт: Вот это тоже интересная вещь!

Сережа: Иногда, когда приходится выпить с друзьями шампанского, я потом даю себе зарок: «Я не буду пить!» Вот весь прошлый год с 1 января до 1 января я вообще не употреблял.

Зиновий: Ничего как отец делать не буду!

Сережа: Да!

Терапевт: Это называется отрицательной идентификацией, когда мальчик свое негативное отношение к отцу переносит на все, что с ним связано, например, на алкоголь. Отец Сережи давал мало поводов для сильной идентификации с ним, по сравнению с матерью. Мать сильная, директивная, волевая, лидер. Отец слабый, безвольный, пьющий, уклоняющийся. То есть отец играет как бы женскую роль. Вот отсюда и идет эта слабая идентификация с отцом, с мужчиной. Нина с таким накалом говорила о матери, что может создаться впечатление, что действительно здесь виновата только мать. Не нужно забывать роль отца. Это две равноценные роли. Почему у матери такой мощный перенос на сына. Наверное из-за каких-то проблем с мужем? Что здесь было первотолчком — мы же не знаем.

Нина: С моей точки зрения отец здесь такая же жертва, как и сын.

Терапевт: С твоей точки зрения.

Нина: Доказательством тому, что он попал в другую семью и он все-таки там другой.

Терапевт: Мы не знаем, какие там проблемы. По-твоему, Нина, муж жертва, потому что жена нашла его такого.

Нина: Да!

Терапевт: А я с таким же успехом могу сказать, что он нашел себе такую жену. Они шли навстречу друг другу, а жертвой оказался сын!

Нина: Вообще, конечно, они вдвоем нашли друг друга.

Ренат: Отец ушел, и остался вакуум, который...

Нина *{перебивает):* Не ушел он! Не надо говорить, что он ушел. Активная роль принадлежит как бы отцу, на самом деле она всегда принадлежала матери.

Терапевт: Он ушел вначале в алкоголизм, а потом ушел вообще.

Нина: Его с самого начала не было.

Ренат: Этот вакуум мать могла заполнить чем угодно, она его заполнила сыном.

Валя: Если по-вашему, то мать могла уйти в первый год, а она девять лет с ним прожила, и значит, хотела как-то что-то изменить, но не получилось, он начал пить.

Наташа: Он был слабый мужчина, но он не обязательно должен быть алкоголиком.

Нина: Этого Сережа не знает. Он судит об отце по тому, как его представила ему мать. А мать говорила об отце плохо. Каким он был, мы не знаем.

Сережа: Для отца в общем бросить пить было легким делом.

Терапевт: Это абсолютно не принципиально — пил он литр или поллитра в день. Проблема не в том, что он пьет. Это не причина, а следствие проблемы.

Нина: Да! Между прочим, то, что мы говорим о взаимоотношении матери и отца, что они нашли друг друга, что они как бы делят ответственность пополам, мы в конце концов то же самое можем перенести на взаимоотношения между матерью и сыном. Может быть, и сын мог оказаться не столь податливым.

Терапевт: По поводу ответственности. У Перлза есть такая фраза, что до тех пор пока мы, взрослые, будем обвинять в своих неудачах родителей, до тех пор мы будем оставаться детьми... Надо прекратить эти обвинительные игры. Человек должен принять ответственность.

Нина *{Сереже):* Большой ты уже!

Валя: Как здорово сказано!

Терапевт: Эту фразу я берег для кульминации этого сеанса. Что теперь делать Сереже? Стать взрослым, ответственным человеком. Маме — мамино, а Сереже — Сережино. Каждому свое!

Обратная связь при завершении группы.

Нина: Ты изменился за эти дни. Когда я увидела тебя.впервые, ты производил на меня такое впечатление: такой большой и красивый парень и вместе с тем ребенок. Ты как будто бы повзрослел, стал увереннее, вальяжнее, в тебе появилось что-то мужское, как будто те же манеры, и вместе с тем что-то новое, более уверенное появилось в тебе.

Володя: Ты знаешь, Сережа, я должен благодарить тебя. Я не говорил об этом прежде... Я тебе все это время очень сильно сопереживал. Дело в том... что я тоже решал вместе с тобою мои проблемы. Я нашел много общего между нами. Не все одинаково, но я много пережил, многое решил для себя именно благодаря тебе. И поэтому ты стал мне близок и особенно симпатичен теперь.

ГЛОССАРИЙ

В скобках даны сокращения, указывающие на связь понятия с: психоанализом (ПА), патогенетической психотерапией (ПП), поведенческой терапией (ПТ), рационально-эмотивной терапией (РЭТ), когнитивной терапией (КТ), гештальт-терапией (ГТ), динамической психиатрией (ДП), психотерапией психически больных (ППБ).

Агрессия (ДП). Центральная гуманфункция (см.), расположенная в бессознательном ядре личности. В отличие от Фрейда, у которого агрессия есть выражение влечения к смерти и представляет разрушительную силу, Аммон рассматривает агрессию как изначально конструктивную силу. Агрессия ребенка, проявляющаяся в любопытстве к окружающему миру и стремлении к контакту, под влиянием деструктивной динамики первичной группы (семьи) превращается в деструктивную или дефицитарную агрессию. Она играет важную роль при всех архаических болезнях Я (см.).

Аверзивная терапия (ПТ). Техника вызывания отвращения с использованием принципов классического обусловливания. Например, алкоголизм лечат сочетанием небольших доз спиртного с веществами, вызывающими рвоту, или другими неприятными ощущениями. Удары электрического тока применяют для устранения невротического заикания, тремора рук, половых извращений, ночного энуреза.

Автоматические мысли (КТ). Мысли, которые появляются спонтанно и приводятся в движение обстоятельствами. Эти мысли выступают между событием или стимулом и эмоциональными и поведенческими реакциями индивида.

Акцептация (принятие). Фактор лечебного действия психотерапии. S. Kratochvil называет этот фактор «эмоциональной поддержкой». В самой простой форме эмоциональная поддержка индивида проявляется в том, что терапевт (в индивидуальной психотерапии) или участники группы (при групповой психотерапии) слушают его и пытаются понять. Далее следуют принятие и сочувствие.

Альтруизм. Фактор лечебного действия групповой психотерапии. Положительный терапевтический эффект может оказывать не только то, что пациент получает поддержку и ему помогают другие, но также и то, что он сам помогает другим, сочувствует им, обсуждает вместе с ними их проблемы. Этот фактор помогает преодолеть болезненную направленность на самого себя, повышает чувство принадлежности к остальным, чувство уверенности и адекватной самооценки.

Андрогиния (ДП). Природа человека андрогинна, то есть двупола, как в телесном, так и в психическом отношении. Он обладает возможностью чувствовать и вести себя или по-мужски, или по-женски. Андрогиния — тотальная характеристика человека, касающаяся всех сфер идентичности, не только сексуальной структуры, но также образа жизни, телесности, эмоциональности, сферы профессии и

работы, выбора партнера и т. п. Абсолютная полоролевая фиксированность является патологией. Человек может проявлять мужские и женские стороны в области профессии, сексуальности, интересов, переживаний, чувств и мышления.

Архаичные болезни Я (ДП). Психические или физические (психосоматические) заболевания, генезис которых связан с нарушенным симбиозом в раннем детстве в рамках патологической первичной группы, в частности, патологического симбиоза между матерью и ребенком. Первичная группа не может содействовать в должной мере развитию Я-функций ребенка и отграничению его идентичности. Архаичные болезни представляет собой болезни идентичности (см.), к которым относятся психозы, пограничный синдром («бордерлайн-синдром»), деструктивная сексуальность (половые извращения), навязчивости, зависимости и психосоматические расстройства. Лечение архаичных болезней должно сосредоточиваться в первую очередь не на симптомах, а, согласно концепции наверстывающего развития Я (см.), на интеграции расщепленной личности (см. «Дыра в Я»).

Болезнь (ДП). Болезнь означает не только потерю здоровья, но и временную потерю равновесия или дезинтеграцию разных функций личности (гуманфункций) и, тем самым, задержку в развитии. Болезнь — это отчужденность человека с самим собой, с собственным бессознательным, с потребностью в идентичности, отчужденность с другими людьми, с окружающим миром. Следовательно, болезнь является результатом начавшейся в раннем детстве фрустрации потребности ребенка в развитии своей идентичности. Психически больные в раннем детстве испытывали в первичных группах преимущественно разрушительный и ограниченный отдельными аспектами их личности контакт, или равнодушие. Связанные с этим деструктивные и дефицитные процессы обмена социальной энергией создают главным образом деструктивно-дефицитную гуманструктуру, что приводит к блокированию нужных для развития человека процессов дифференцирования и интеграции бессознательной центральной структуры личности.

Вспомогательные функции Я (ДП). Временное принятие на себя не развитых или еще не развитых или поврежденных гуманфункций (например, страха, агрессии, Я-отграничения) одного человека другими лицами, например, членами группы, терапевтом или во время симбиоза в раннем детстве первичными фигурами. Путем предоставления здоровых гуманфункций можно стабилизировать личность людей с дефицитной гуманструктурой, так чтобы они могли лучше справляться с реальностью и с коммуникацией в группах. Это принятие на себя вспомогательных функций Я другими пациентами играет важную роль в лечении психотических пациентов.

Выборочное абстрагирование (извлечение) (КТ). Концептуализация ситуации на основе детали, извлеченной из контекста, при игнорировании другой информации.

Группа (ДП). В соответствии с концепцией динамической психиатрии, группа и, прежде всего, первичная группа семьи, это то место, где на основе групподинамических и социально-энергетических процессов формируется идентичность и, тем самым, болезнь или здоровье. Для пациента с архаичной болезнью Я (см.) группа представляет средство отреагирования им деструктивной динамики сво-

ей болезни, в результате чего она выявляется. Бессознательно он переносит свою семью и отдельных ее членов на группу, которая, в свою очередь, отображением и контрпереносом представляет аспекты его семьи. В терапевтической группе динамика пациента становится явной и может изменяться под руководством терапевтов. Таким образом, пациент испытывает эмоциональное исправление (см. коррективный эмоциональный опыт), которое позволяет ему постепенно выйти из замкнутого круга повторения болезни и развить идентичность посредством наверстывающего развития Я (см.).

Групповая динамика (ГП). Совокупность взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы. Групповая динамика представляет собой развитие или движение группы во времени. Целенаправленное использование групповой динамики в лечебных целях составляет суть групповой психотерапии как самостоятельного метода лечения.

Групповая динамика (ДП). В динамической психиатрии групповую динамику понимают не как пересекающиеся интеракции, а как групподинамическое поле. Болезнь в динамической психиатрии понимается как интернализированная деструктивно-дефицитная групповая динамика и социальная энергия первичной группы. В различных социальных и терапевтических группах эта патологическая динамика актуализируется и больной обнаруживает в соответствии с ней деструктивное поведение. Поэтому групповая динамика имеет огромное терапевтическое значение и представляет собой один из китов гуманструктурного лечения.

Группы проблемных дискуссий (ППБ). Нацелены на конкретизацию и уяснение значимой проблематики, коррекцию отношений, усиление психологической компенсации и укрепление социальных позиций личности. Техника — преимущественно вербальная — тематически центрированная дискуссия, включающая ролевую игру.

Группы свободной вербальной дискуссии (ППБ). Целью этих групп является осознание связи между особенностями собственной личности, содержанием психологического конфликта, привычными способами разрешения конфликтных ситуаций и трудностями межличностных отношений; достижение эффективных форм психологической компенсации и социального функционирования. Техника — неструктурированная дискуссия, направленная на разрешение конфликта.

Группы творческой активности (ППБ). Предназначены для пробуждения эстетического чувства, спонтанного самовыражения, налаживания эмоциональных контактов, организации психической активности. Техника — терапия занятиями, арт- и музыкотерапия, психотерапевтический рисунок.

Гуманструктурология (ДП). Разработанная Гюнтером Аммоном концепция личности с ее биологическими (в частности нейрофизиологическими) бессознательными и сознательными структурами, с ее важными для человека функциями Я (гуманфункциями). Разработанный Аммоном и его сотрудниками Я-структурный тест (ИСТА) (см.) позволяет создать индивидуальный профиль личности с соответствующими конструктивными, деструктивными и дефицитными гуманфункциями.

Гуманфункции (Я-функции) (ДП). Гуманфункции — это расположенные в сознательной или бессознательной области личности функции, находящиеся в

синергетической связи между собой. Они могут быть конструктивными, деструктивными, дефицитными. К центральным (бессознательным) гуманфункциям относятся агрессия (Agression), страх (Angst), нарциссизм (Narzissismus), Я-отграничение (Ich-Abgrenzung), интеграция Я (Ich-Integration), креативность (Kreativitaet), телесное Я (Koerper-Ich), сексуальность (Sexualitaet), способность к группам (Gruppenfaehigkeit), регуляция фрустрации (Frustrationsregulation) и, наконец, идентичность как всеохватывающая и динамизирующая гуманфункции сила. К вторичным (или поведенческим) гуманфункциям относятся: мышление, память, интеллект, аффекты, язык, моторика, способность к сновидениям, а также вытеснение и другие защитные функции Я. Концептуализация гуманфункций представляет собой главный элемент концепции структуры личности динамической психиатрии (гуманструктурологии).

Декатастрофизация (РЭТ, КТ). Техника, предназначенная для исследования действительных, фактических событий и последствий, которые в представлении пациента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает пациентам подготовиться к последствиям, сопряженным со страхом. Она полезна для уменьшения избегания.

Дефлексия (ГТ). Уклонение от непосредственного контакта с окружением, другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия может проявляться в форме разговора общими фразами, болтливости, шутовства, избегания смотреть в глаза собеседнику, ритуальности и условности поведения, «сглаживания» конфликтных проблем и т. д.

Децентрализация (КТ). При различных психологических расстройствах — тревоге, депрессии, параноидных состояниях — главное искажение мышления проистекает из склонности пациента персонифицировать события, которые не имеют к нему отношения. Метод освобождения пациента от свойства видеть в себе точку сосредоточения всех событий называется децентрализацией. Для проверки искаженных убеждений пациентов предлагаются поведенческие эксперименты.

Диагностический процесс (ДП). Индивидуальной терапии предшествует постановка диагноза, учитывающего как больные (деструктивные и дефицитные), так и здоровые (конструктивные) аспекты личности («профиль гуманструктуры»). Динамическая психиатрия исходит из принципиальной изменяемости психической структуры человека. При этом установленный однажды диагноз или данное описание человека не носят статического характера, а рассматриваются в динамике, то есть диагностика приобретает характер диагностического процесса, проходящего параллельно терапевтическому процессу. Терапевтическая программа соответствует диагнозу.

Динамическая психиатрия (ДП). Динамическая психиатрия — первоначально разработанная в США психиатрическая концепция эклектического характера, пытающаяся применить понятия психоанализа к психиатрии. Динамическая психиатрия в понимании Гюнтера Аммона (динамическая психиатрия берлинской школы, гуманструктурология) обозначает интеграцию психиатрии, психоанализа, групповой динамики и психосоматики в рамках теоретической и терапевтической концепции, которую можно рассматривать как смену парадигм. Динамическая психиатрия противопоставляет догме непонятности и терапевти-

ческого пессимизма по отношению к психическим болезням парадигму понятности и терапевтического оптимизма. Дискуссия о наследственности, конституциональное™ и уязвимости не имеет значения для концепции Аммона и его представлений о психотерапии. Лечить может только тот, кто верит в излечение, даже если понятие о том, как можно лечить, меняется в процессе развития науки.

Дихотомическое мышление (КТ). Пациент-невротик склонен мыслить крайностями в ситуациях, бьющих его по чувствительным местам, например, по самооценке при депрессии, по вероятности подвергнуться опасности при тревожном неврозе. События обозначаются как черные или белые, хорошие или плохие, прекрасные или ужасные. Такое свойство было названо «дихотомическим мышлением» или «биполярным мышлением».

Домашнее задание (КТ, РЭТ). Дает пациентам возможность применять когнитивные принципы между занятиями. Типичное домашнее задание состоит в самонаблюдении и самоконтроле, в эффективном структурировании времени и выполнении процедур, относящихся к специфическим ситуациям. Самоконтроль применяется к автоматическим мыслям пациента и к его реакциям в различных ситуациях. Дома практикуются также новые когнитивные навыки, такие как умение опровергать автоматические мысли.

Дыра в Я (ДП). Дыра в Я — описанный Аммоном структурно-нарциссический дефицит архаично больного человека. Дыра возникает как дефект на границе Я в результате блокирования потребностей ребенка первичной группой, что приводит к отщеплению целых областей переживания в развитии ребенка. Эта структурная дыра «заполняется» специфической симптоматикой: психосоматическим заболеванием, психотической (шизофренической или маниакально-депрессивной) симптоматикой, симптоматикой бордерлайн, зависимостью или деструктивной сексуальностью.

Заполнение пустоты (КТ). Метод, применяемый для идентификации автоматических мыслей (см.). Эта процедура объясняется пациенту с помощью последовательности «А, В, С»: «А» — возбуждающее событие, «С» — чрезмерная, неадекватная «условная реакция», «В» — пустота в сознании пациента, которая при заполнении ее самим пациентом служит мостом между «А» и «С». Терапевтической задачей становится заполнение пустоты через элементы системы убеждений пациента.

Здоровье (ДП). Здоровье в понятии динамической психиатрии надо понимать не как статически хорошее самочувствие, а как динамически и в виде процесса развивающееся событие. Быть здоровым значит быть способным к развитию, к равновесию тела, души, духа и окружающего мира. С точки зрения гуманструктурологии (см.) это обозначает постоянный процесс интеграции первичных, центральных и вторичных структурных элементов со способностью принимать и отдавать социальную энергию в группах, в которых человек живет, и которые он формирует. Здоровье означает многомерность и идентичность, направленные на высокие жизненные цели. Переходы между здоровыми и больными частями Я, между здоровьем и болезнью надо понимать как расположенные на скользящем спектре (см. архаичные болезни Я; см. спектральная теория).

Идентичность (ДП). Концепция идентичности является центральной в гуманструктурологии (см.). Идентичность олицетворяет стабильность личности

и в то же время она постоянно меняется. Идентичность представляет собой процесс, постоянный поиск, постоянное развитие. Групподинамический момент идентичности можно понимать как сумму накопленного в ходе жизни опыта и идентификаций. Она является суммой интернализированных групповых отношений с рождения до смерти и находится в постоянном изменении. Идентичность и группа обозначают принципы человеческой жизни как таковые. С энергетической точки зрения идентичность есть проявление социальной энергии, поскольку эта энергия в процессе обмена между отдельными людьми и людьми и группой создает структуру. Архаичные болезни Я всегда представляют собой болезни идентичности и их терапия должна, в целях изменения структуры, представлять собой терапию идентичности.

Иммерсия (ПТ). Методы, основанные на прямом предъявлении объекта страха без предварительной релаксации. В основе лежит механизм угасания, открытый И. П. Павловым, согласно которому предъявление условного стимула без подкрепления безусловным ведет к исчезновению условной реакции. К иммерсионным методам относятся «наводнение», «имплозия», «парадоксальнаяинтенция».

Инсайт. Фактор лечебного действия психотерапии. Понимание, осознание пациентом неосознаваемых прежде связей между особенностями своей личности и неадаптивными способами поведения. Инсайт относится к когнитивному научению и вместе с эмоциональным коррективным опытом и опытом нового поведения объединяется I. Yalom в категорию интерперсонального научения.

Интеракционная ориентация (ГП). Одна из возможных ориентации (наряду с биографической и тематической) сеанса групповой психотерапии. Интеракционный сеанс ориентирован больше на сам процесс, чем на его содержание. Он ориентирован на групповую динамику, на то, что происходит между членами группы, каковы отношения и взаимные реакции, их изменение и развитие.

Интеракционную ориентацию можно также называть центрированной на группе, поскольку в центре внимания находится не какой-нибудь конкретный пациент или тема, как при биографической или тематической ориентации, а вся группа в целом, интерперсональные отношения между участниками группы.

Интроекция (ГТ). Механизм блокирования своей энергии путем пассивного восприятия различных элементов среды. Понятия, суждения, нормы, образцы поведения, поступающие из внешнего мира, не подвергаются усвоению и ассимиляции, не становятся интегральной частью личности. Наличие таких не усвоенных, «чуждых» элементов представляет собой нагрузку для индивида, не имеющего внутренней опоры. Поскольку эти неассимилированные элементы являются изолированными и часто вступающими в конфликт с чертами его собственной личности, индивид вынужден затрачивать много энергии и внимания для обуздания внутренней раздвоенности и для защиты от угрозы, которую несет в себе дезорганизация личности.

ИСТА (ДП) см. Я-структурный тест Аммона.

Истерический конфликт (ПП). Несоответствие между требованиями, потребностями личности и ее реальными внутренними ресурсами в сочетании со склонностью недооценивать или игнорировать объективные реальные условия и перевесом требовательности к окружающему над требованиями к себе и критическим отношением к себе.

Катастрофизация (РЭТ, КТ). Преувеличение последствий каких-либо событий. Примерами могут служить такие предположения пациентов: «Будет ужасно, если кто-то будет плохого мнения обо мне», «Если я буду нервничать на экзамене, это будет ужасно!».

Катексис (ПА) — процесс помещения либидинозной (или противоположной ей) энергии в различные сферы психической жизни, в идею или в действие. Катектированное либидо перестает быть подвижным и уже не может перемещаться к новым объектам: оно укрепляется в той области психической сферы, которая привлекала и удерживает его.

Когнитивное реструктурирование. Терапевтические методы этой категории основываются на предположении, что эмоциональные расстройства являются результатом дезадаптивных стереотипов мышления (когниций). В задачу когнитивного реструктурирования (R. Lazarus) входит изменение этих порочных когниций. Терапевты обучают пациентов заменять в стрессовых ситуациях (публичное выступление, экзамен, неприятный разговор) дезадаптивные когниции на спокойные, разумные мысли.

Коммуникативные группы (ППБ). Служат для активации и восстановления нарушенного общения, коррекции и оптимизации ролевого поведения. Техника — литературный пересказ, игра, свободная импровизация диалогов и их обсуждение.

Конфлуэнция (ГТ). Стирание границ между индивидом и окружением и исчезновение чувства отличия. В таком состоянии пребывает младенец, не способный еще к различению между миром и собой. Чувство слияния и растворения с другими людьми иногда создается ритуальным поведением и полной идентификацией с группой. Однако если такое слияние и стирание границ между собой и окружением становится хроническим, человек утрачивает способность к контакту с окружением и с самим собой. По-видимому, некоторые качества психотических переживаний возникают именно из такого состояния.

Коррективный опыт научения (ПТ). Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы в результате лечения пациент приобрел «коррективный опыт научения», что предполагает приобретение новых умений совладания (копинг-умений), повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов и деструктивных эмоциональных конфликтов. В современной поведенческой терапии коррективный опыт научения вызывает большие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах функционирования, а не ограничивается модификацией узкого диапазона паттернов ответных реакций в открытом поведении.

Коррективный эмоциональный опыт. Фактор лечебного действия психотерапии. Интенсивное переживание актуальных отношений или ситуаций, благодаря которому происходит коррекция неправильного обобщения, сделанного на основе прошлых тяжелых переживаний. Это понятие ввел психоаналитик Franz Alexander, который считал, что так как многие пациенты перенесли в детстве психологическую травму в связи с плохим отношением к ним родителей, то терапевту необходимо создать «коррективный эмоциональный опыт» для нейтрализации эффектов первичной травмы. Терапевт реагирует на пациента иначе, чем реагировали на него родители в детстве. Пациент эмоционально пережива-

ет, сравнивает отношения, исправляет свои позиции. Психотерапия проходит как процесс эмоционального перевоспитания.

Креативность (ДП). В гуманструктурологии креативность (творческую силу) понимают как центральную функцию Я, развитие которой обусловлено не подавлением инстинкта, а благоприятными условиями окружающей среды (facilatiiig environment). Креативность не питается подавленной либидинозной энергией или агрессией, а образуется в связи со свободным развитием сексуальности и конструктивной агрессии. Креативность охватывает такие области человеческого бытия, как мышление, поведение, профессия, цели, свободное время, межчеловеческие контакты, отношения, другими словами, весь образ жизни.

Многомерность (ДП). Концепция многомерности человека отменяет дуалистическое мышление в пользу нового холистического понимания. Человек воспринимается как единство тела, души и духа. Полярные лее категории больной — здоровый, сома — психика, друг —враг отражают одномерное каузальное мышление. Болезнь, вместо этого, надо понимать как сужение первоначальной многомерности человека, его развития, его потенциала, деятельности, целей, его духовных способностей, социальных контактов. Признание присущих человеку многомерных возможностей и потребностей имеет лечебное воздействие и, наряду с принципами андрогинии, первоначально конструктивной агрессии и социальной энергии, образует основу принципиального терапевтического оптимизма динамической психиатрии.

Моделирование (ПТ). Терапевты часто обучают пациентов желаемому поведению, демонстрируя, или моделируя его. Например, десенситизация in vivo может быть особенно эффективной, когда терапевт показывает пациенту, как нужно вести себя спокойно в ситуациях, вызывающих чувство страха.

Направляемое открытие (КТ). Посредством направляемого открытия пациент модифицирует неадаптивные убеждения и предположения. Терапевт служит «проводником»: он проясняет проблемное поведение и логические ошибки, создавая новый опыт посредством поведенческих экспериментов. Этот опыт ведет к приобретению новых умений и взглядов.

Нарциссизм (ДП). Центральная гуманфункция, исходный потенциал развития ребенка. Патологические формы нарциссизма образуются на основе бессознательного отвержения ребенка и недостаточной нарциссической поддержки со стороны первичной группы во время симбиотической фазы развития. Конструктивный нарциссизм — это форма любви самого себя, включающая автономию и чувство собственного достоинства, принятие собственного тела и эротики, собственной духовности. Нарциссизм может возникнуть только в креативных группах с гибкими границами и немыслим без групповых отношений. Дефицитный и деструктивный нарциссизм как патологическое искажение нарциссизма образуется в первичной группе, не способной предоставить ребенку адекватную защиту и теплоту и взять на себя функцию отграничения его Я. Феноменологически деструктивный нарциссизм выражается вовне изолированностью, неспособностью к контакту и к отношениям, вовнутрь — бредовыми идеями, галлюцинациями или психосоматическими реакциями. Дефицитный нарциссизм представляет собой часть дефицитной личности с низкой самооценкой, самоотвержением и внутренней пустотой. Обе патологические формы нарциссизма

обусловливают постоянную зависимость человека от нарциссической поддержки извне и препятствуют в силу нарушенных контактов и аутизма получению социальной энергии.

Неврастенический конфликт (ПП). Несоответствие между высокими требованиями к себе или высокими требованиями к личности со стороны окружающих и недостаточными физическими или психическими возможностями этой личности. Речь идет о конфликте, когда высокие цели и задачи личности при самом добросовестном стремлении их выполнить не могут быть реализованы по причине недостаточности физических или умственных способностей личности.

Невроз (ПП). Психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей, не достигнутой цели, невосполнимой потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности. Таким образом, противоречие само по себе не создает невроза; необходимым условием является нерациональное и непродуктивное его разрешение, субъективный, иррациональный, связанный с повышением аффективное™ способ переработки. Аффективное напряжение в свою очередь не представляет еще невроза, но тогда, когда оно дезорганизует психическую и соматическую деятельность, — мы имеем дело с болезнью, — с неврозом.

Образ человека (Я-концепция) (ДП). Образ человека представляет собой существенную часть гуманструктурологии (см.), в которой человек понимается как единое целое в его душевных, духовных и телесных сторонах, в его здоровых и больных аспектах и в развитии его идентичности. Он включает в себя развитие как непрерывный процесс, начинающийся с рождения и кончающийся смертью. Я-концепция и стиль жизни терапевта определяют его отношение к этике и являются — при использовании любого терапевтического метода — существенными факторами эффективности терапии.

Обратная связь (конфронтация). Фактор лечебного действия психотерапии. Обратная связь означает, что пациенту становится известным от других членов группы, как они воспринимают его поведение и как оно на них воздействует. Другие люди могут являться источником той информации о нас самих, которая нам не совсем доступна, находится в области слепого пятна нашего сознания.

Однако не всякая информация о человеке, полученная от других, является обратной связью. Обратную связь надо отличать от интерпретации. Интерпретация — это толкование, объяснение, это наши мысли, рассуждения по поводу увиденного или услышанного. Интерпретации могут быть ошибочными или могут представлять собственные проекции интерпретатора. Обратная же связь по сути своей не может быть неправильной: она есть выражение того, как один человек реагирует на другого. Обратная связь может быть невербальной, проявляться в жестах или в мимике.

Обсессивно-психастенический конфликт (ПП). Конфликт между потребностями личности, ее желаниями и невозможностью их удовлетворить по при-

чине морали, долга. Это конфликт между влечением и долгом, по принципу «хочу, но нельзя», «не хочу, но нужно».

Объектные отношения. Теоретики объектных отношений Мелани Клейн, Отто Кернберг, Гейнц Кохут и др. подчеркивают важность для личностного развития очень ранних отношений между детьми и их объектами любви, обычно матерью и первичными фигурами, обеспечивающими ребенку уход. Особенно критическим в жизни человека является то, как первичные фигуры обеспечивают поддержку, защиту, принятие и одобрение или, другими словами, удовлетворяют физические и психологические потребности ребенка. Природа этих объектных отношений имеет важный импульс для развития личности. В своем развитии здоровая личность проходит путь от надежной ранней привязанности к матери или ее заменителям через постепенное отдаление от объекта привязанности к способности строить отношения с другими людьми как независимый индивид. Нарушенные объектные отношения могут создавать проблемы, которые вмешиваются в процессы личностного развития и приводят к неадекватной самооценке, трудностям в межличностных отношениях или более серьезным психическим расстройствам.

Отношение (ПП). Отношения человека представляют, по В. Н. Мясищеву, сознательную, избирательную, основанную на опыте, психологическую связь его с различными сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях.

Отреагирование (катарсис). Фактор лечебного действия психотерапии. Сильное проявление аффектов является важной составной частью психотерапевтического процесса. Однако считается, что отреагирование само по себе не приводит к каким-либо изменениям, но создает определенную основу или предпосылки для изменений. Эмоциональное отреагирование приносит значительное облегчение пациентам и всячески поддерживается и психотерапевтом, и участниками психотерапевтической группы.

Пантомима (ППБ). Основу метода пантомимы составляет развитие невербальных компонентов общения и активации психомоторики. На занятиях пантомимой больные приобретают возможность тренировки свободного двигательного экспрессивного поведения, обогащения своего «языка» невербальной коммуникации и умения правильно понимать мимическую «речь» окружающих. Здесь же, благодаря непосредственной реакции группы, больной получает объективное подтверждение улучшения качества своего невербального поведения.

Патогенная ситуация (ПП). Приводящая к неврозу патогенная ситуация характеризуется ее индивидуальной и относительной неразрешимостью, то есть неразрешимостью для данного субъекта в данной обстановке, его неспособностью или неумением найти продуктивный, рациональный выход в данных условиях.

Парадоксальная интенция (ПТ). Метод иммерсии, предложенный Viktor Frankl. Существенным патогенным фактором в этиологии неврозов Frankl считал так называемую «опережающую тревогу». Опережающая тревога часто вызывает именно ту ситуацию, которой опасается больной. Другим патогенным фактором в этиологии неврозов, по Frankl, выступает чрезмерно интенсивное стремление (интенция). Чрезмерное стремление затрудняет осуществление цели.

На этих фактах Frankl основывает технику парадоксальной интенции. При этой методике пациенту предлагается прекратить борьбу с симптомом и вместо этого умышленно вызывать его и даже стараться усиливать его. Методика предполагает кардинальное изменение установки больного по отношению к своему симптому, своей болезни.

Переформулирование (КТ). Техника, предназначенная для мобилизации человека, который считает, что проблема не контролируется им. Например, одинокому человеку, который думает: «Никто не обращает на меня внимания», рекомендуется по-новому сформулировать проблему: «Мне нужно протянуть руку другим людям, чтобы обо мне позаботились». При формулировании проблемы по-новому необходимо предусмотреть, чтобы она получила более конкретное и специфичное звучание; кроме того, она должна быть обозначена с точки зрения поведения пациента.

Персонализация (КТ). Склонность интерпретировать события в аспекте личных значений.

Поведенческая психотерапия. Современная поведенческая психотерапия не ограничивается приложением принципов и процедур классического и оперантного обусловливания к лечение клинических проблем. Различные подходы в поведенческой терапии отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур. На одном конце континуума процедур поведенческой терапии находится функциональный анализ поведения, который сосредоточивается исключительно на наблюдаемом поведении и отвергает все промежуточные когнитивные процессы; на другом конце — теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые опираются на когнитивные теории. Поведенческая терапия (называемая также «модификация поведения») — это лечение, которое использует принципы научения для изменения поведения и мышления.

Принцип партнерства (ППБ). Один из ведущих принципов в системе реабилитации психически больных. Реализация принципа партнерства связана с изменением стиля общения персонала с больными, изменением исходной установки, определяющей тот угол зрения, под которым рассматривается больной. Предпосылкой служит преодоление одностороннего профессионального подхода к больному, который делает его объектом диагностических и терапевтических мероприятий, и формирование эмоциональных отношений с пациентом, основанных на понимании и принятии его как личности.

Проекция (ПА, ГТ). Человек, которому свойственна проекция, отмежевывается от некоторых аспектов собственной личности и приписывает их окружению. Это связано с ограниченной и ригидной Я-концепцией. Эмоции, установки или элементы поведения, которые не соответствуют или угрожают такой Я-концепции, отчуждаются и проецируются во вне, а возникающие за счет этого «дыры» заполняются с помощью интроекции.

Произвольные умозаключения (КТ). Бездоказательные, или даже противоречащие очевидным фактам, умозаключения.

Психодинамический подход. Подход, который подчеркивает важность для понимания генеза эмоциональных расстройств и их лечения интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы внутри личности противоречивых ее мотивов.

Психозы (ДП). Тяжелые архаичные болезни Я, которые характеризуются неспособностью пациентов различать внешний и внутренний мир. Последствие этого — существенная потеря реальности, связанная с содержательными и формальными нарушениями мышления, аффектов, поведения и потерей контроля. В отличие от невротической реакции здесь речь идет не о постепенном ослаблении психических функций, а о качественном изменении психических структур в результате более или менее выраженной дезинтеграции личности. В раннем детстве наблюдается задержка развития структуры личности вследствие деструктивно-дефицитной групповой динамики и социальной энергии первичной группы. В соответствии с этим различаются клинические формы шизофренического психоза и нарциссической депрессии с промежуточными состояниями в рамках скользящего спектра психических заболеваний (см. спектральная теория).

Психомоторные группы (ППБ). Применяются при лечении психически больных с целью эмоциональной и двигательной активации, налаживания коммуникаций, восстановления и тренировки экспрессии. Техника — пантомима, групповые упражнения (ЛФК), психогимнастика, ритмика, пластика и т. д.

Психосоциальные методы. Совокупность специфических приемов воздействия, направленного на те или иные стороны и механизмы психического и социального функционирования индивида. К методам психосоциального воздействия относятся терапия средой и социотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия, семейная терапия, трудовая терапия и терапия занятостью.

Реабилитация. Система различных мероприятий (государственных, экономических, медицинских, психологических, социальных и др.), направленных не только на оптимальное приспособление больного к жизни и труду, но и на предупреждение того или иного дефекта. Конечная цель реабилитации — восстановление личного и социального статуса больного (полное или частичное).

Реатрибуция (КТ). Техника, которая проверяет правильность автоматических мыслей и убеждений, рассматривая альтернативные причины событий. Реатрибуция особенно полезна в тех случаях, когда пациенты воспринимают себя как причину событий (явление персонализации) или, при отсутствии доказательств, приписывают причину события другому человеку или какому-то единственному фактору.

Ретрофлексия (ГТ). Человек, которому свойственна ретрофлексия («обращение на себя»), пытается отделиться от окружения и направить на самого себя действия, первичной целью которых была внешняя среда. Это означает снижение энергии, направляемой на попытки изменить и преобразовать среду, что было бы полезно для удовлетворения собственных потребностей, и направление этой энергии вовнутрь. Такими неудовлетворенными потребностями (незавершенными гештальтами) часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например, «я должен заставить себя сделать это».

Реципрокное торможение (ПТ). Для объяснения механизма психотерапевтического воздействия Wolpe создал теорию реципрокного торможения. Речь идет о торможении тревожных реакций в результате одновременного вызыва-

ния других реакций, которые с физиологической точки зрения являются антагонистическими по отношению к тревоге, несовместимы с ней. Если несовместимая с тревогой реакция вызывается одновременно с импульсом, который до сих пор вызывал тревогу, то условная связь между этим импульсом и тревогой ослабевает. Такими антагонистическими реакциями по отношению к тревоге являются прием пищи, реакция самоутверждения, половые реакции и состояние релаксации.

Самоконтроль (ПТ). Одним из важных способов поведенческой оценки является самоконтроль. Пациенты ведут ежедневные детальные записи специфических событий или психологических реакций. Пациентам с избыточным весом, например, предлагают контролировать ежедневное потребление калорий, оценивать усилия по осуществлению запланированной физической деятельности, отмечать условия, при которых они лишний раз перекусывают или переедают и т. д. Таким способом выявляются поведенческие стереотипы, имеющие отношение к проблемам пациентов.

Самораскрытие (самоэксплорация). Фактор лечебного действия психотерапии, в большей степени присутствует при групповой форме. Групповая психотерапия стимулирует откровенность, проявление скрытых мыслей, желаний и переживаний. В процессе психотерапии пациент раскрывает самого себя. При самоэксшюрации участник группы принимает на себя ответственность, так как идет на риск реализации чувств, мотивов и поведения из своей скрытой, или тайной, области. Некоторые психотерапевты говорят о «самораздевании», которое они считают первичным механизмом роста в группе.

Сверхгенерализация (КТ). Неоправданное обобщение на основании единичного случая. Например, ребенок делает единственную ошибку, но думает: «Я все делаю неправильно!».

Сексуальность (ДП). Одна из центральных функций, тесно связанная с идентичностью человека. Развитие сексуальности определяется групподинамическими условиями. Конструктивная сексуальность всегда является интегральной частью подлинного контакта — отношения, основанного у партнеров на чувствах любви, то есть заботы, теплоты, преданности и совместной ответственности. Конструктивная сексуальность имеет момент игры, воображения и творчества в обращении с собственной эротикой, она свободна от зафиксированных половых ролей и клише. Деструктивная сексуальность, наоборот, отщеплена от идентичности, контакта и партнерства, она служит средством для достижения цели. Ее варианты — садомазохизм, эксгибиционизм, фетишизм, проституция и т. д. — носят черты аутистических и фиксированных идей и действуют разрушительно, приводя к деградации личности. Им чужд эмоциональный момент сексуальной встречи. Дефицитная сексуальность носит характер интернализированного запрета на жизнь и проявляется в виде отсутствующей или симбиотически лишенной силы воображения сексуальности. Она часто связана со страхом перед контактом и прикосновением, с дефицитом агрессии и нарциссизма и может принимать форму импотенции, фригидности или отказа от сексуальности.

Симбиотический комплекс (ДП). Интернализированная и ставшая бессознательной конфликтная ситуация, связанная с отношением к матери (и первич-

ной группе) в преэдипальном периоде, которая на основе бессознательных потребностей ребенка препятствует формированию собственной идентичности. Впоследствии возникают структурные дефекты в отграничении Я и других гуманфункций. Неразрешенный симбиотический комплекс ведет к образованию симптомов архаичных болезней Я.

Симптом (ДП). Стереотип поведения и переживания, бессознательно повторяемый в окружающей группе в виде послания или призыва. Символически симптом представляет (например, в случае невроза или психосоматики) недостаточно защищенный конфликт. При манифестации архаичных болезней Я симптом носит структурный характер замены идентичности (псевдоидентичности), заполняя «дыру в Я» и, тем самым, препятствуя дезинтеграции личности. Поэтому симптоматическое лечение лишь облегчает симптоматику или способствует перемещению симптома («symptomatic shift»).

Система самоуправления (ППБ). Самообслуживание больных и самостоятельная организация ими быта и внутренней жизни коллектива. Основными органами самоуправления больных являются общее собрание и избираемый на нем совет больных.

Сократовский диалог (КТ, РЭТ). Сущность сократовского диалога состоит в том, что пациент приходит к логическим заключениям на основе вопросов, которые ставит терапевт. Вопросы не используются для того, чтобы «поймать» пациента в ловушку, подвести его к неизбежному выводу: они ставятся так, чтобы пациент мог посмотреть на свои предположения объективно, не прибегая к защите.

Социальная энергия (ДП). Концепция социальной энергии представляет собой один из основных столпов теории и терапевтической практики динамической психиатрии. Она создает экономическую модель психической энергии, заменяющую индивидуально-биологическое либидо Фрейда на интерперсональную, зависящую от отдельных групп энергию. Таким образом, социальная энергия зависит от актуальной групповой динамики и поэтому может изменяться. Соответственно социальная энергия может быть преимущественно конструктивной, дефицитной (как в семьях депрессивных пациентов) или деструктивной (как в семьях шизофренически структурированных больных) или имеет смешанные формы.

Социально-энергетическое поле (ДП). По системной теории (фон Берталанффи) социально-энергетические процессы надо понимать не как сложение отдельных интеракций в группе в виде векторов (Курт Левин), а как энергетическое поле, подчиняющееся групповым, динамическим закономерностям. Оно обладает собственными тонкостями и качествами (конструктивным, дефицитным или деструктивным) и определяет природу происходящих в нем процессов энергетического обмена.

Спектральная теория (ДП). Холистическое понимание скользящего спектра психического здоровья и заболевания, базирующееся, в отличие от концепции единого психоза, на структурной основе личности. За здоровьем, как наивысшей степени интеграции структуры личности, по направлению к дезинтеграции и к наиболее выраженным структурным дефицитам следуют невроз и архаичные болезни Я, бордерлайн-синдром, деструктивная сексуальность (по-

ловые извращения), зависимости, психозы и психосоматика. Терапевтический опыт показывает, что в ходе успешного лечения шизофренический психоз может преобразоваться в заболевание бордерлайн и, позже, в невроз. Спектральная теория отменяет категориальный образ мышления и дуализм здоровый-больной и позволяет понимать психогенез как процесс, а также изменяемость психического заболевания.

Средовые (социотерапевтические) группы (ППБ). Сюда входят: совет и общие собрания больных, функциональные группы самообслуживания (см.), группы свободного времени. Цель — организация активности, развитие коммуникаций, тренировка социальных ролей. Техника — организация быта и времяпрепровождения в стационаре в условиях разделения функций и взаимной ответственности.

Страх (ДП). Центральная гуманфункция, расположенная в бессознательном ядре личности. Страх имеет большое значение для того, чтобы справиться с реальностью, для контакта человека с самим собой, со своим бессознательным и, тем самым, для контакта с другими людьми и группами. Конструктивный страх имеет важную сигнальную, защитную и ориентировочную функцию, например, при оценке опасности. Страх делает человека способным устанавливать контакт с другими лицами, принимать помощь, сталкиваться с разлукой, со смертью и, тем самым, далее развивать собственную идентичность. Дефицитный страх, наоборот, приводит к избеганию столкновения с другими людьми, с пограничными ситуациями и с разлукой и, в конечном итоге, столкновений с собственной идентичностью. Он всегда означает страх перед страхом. Он приводит к эмоциональной непричастности и поверхностным отношениям. Дефицитный страх может, как защита от страха, служить основой для идеологии силы. Деструктивный страх препятствует контакту с внутренней и внешней реальностью, например, в виде разрыва контактов. Он проявляется в виде затопляющего страха без очерченной цели, грозящего дезинтеграцией Я, страха перед контактом, близостью и прикосновением к другим людям. Часто он сопровождается телесными реакциями — потением, тахикардией или головокружением. Одной из целей гуманструктурной терапии является превращение страха в конструктивную силу, то есть восприятие его как средства, необходимого для развития человека. В целом страх можно рассматривать как двигатель развития идентичности, ибо каждый новый шаг по направлению собственной идентичности связан с открытием границ Я и, тем самым, со страхом.

Супервизия. Один из методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии; форма консультирования психотерапевта в ходе его работы более опытным, специально подготовленным коллегой, позволяющая психотерапевту систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение.

Телесное Я (ДП). Центральная функция Я — психическое представительство собственного тела, которое становится исходной точкой для развития Я. Восприятие и исследование собственного тела, его функций и границ позволяет первое различение Я от не-Я внутри и снаружи. Телесное Я, с одной стороны, обладает функциональным аспектом, поскольку оно относится к функциям тела и его координатам, а с другой стороны — аспектом идентичности, поскольку от-

носится к чувству и восприятию тела как неизменяемому когерентному единству. При любой архаичной болезни Я телесное Я и сексуальность нарушены: они деструктивны (при сексуальных извращениях) или дефицитны (у психотически больных). Комплексная, интегрированная гуманструктурная терапия должна учитывать аспект тела. Невербальные формы терапии, такие как танцевальная терапия, верховая езда, музыкотерапия, арттерапия, являются также телесными терапиями, потому что они используют язык тела как средство выражения и коммуникации.

Тематическая ориентация (ГП). Одна из возможных ориентации (наряду с биографической и интеракционной) сеанса групповой психотерапии. Сеанс ориентирован на вопросы и проблемы, решение которых имеет большое значение для всех членов группы. Участники высказывают свое мнение, выражают чувства, настроения. Тематические сеансы позволяют соотнести свои проблемы с данной темой, сопоставить свой опыт с опытом других людей. Темы дискуссий могут возникать спонтанно или быть заранее запланированы.

Терапевтическая среда (ППБ). Рационально направляемая система отношений больного с окружением. Установление таких взаимоотношений между больными и персоналом, которые способствовали бы наилучшему самовыражению пациентов, их вовлечению в лечебный процесс в качестве активных и сознательных его участников, тренировке и развитию ими своих социальных функций и психологической коррекции их установок.

Терапевтическое сообщество. Концепция, обычно связываемая с именем Максвелла Джонса, который определял задачу «терапевтического сообщества» как переход от «эры гуманных установок» к «эре самоопределения пациентов». Концепция исходит из признания активной роли пациента в достижении целей лечения и существования зависимости между социальной структурой лечебного учреждения, тем местом, которое ему в этой системе отводится, и его позицией. Теоретической основой концепции терапевтического сообщества (в ее первоначальном виде) является психодинамическое понимание болезни, из которого вытекает неоправданное ограничение компетенции врача и переоценка лечебного значения средовых воздействий, в частности далеко идущее послабление больничного режима.

Терапия идентичности (ДП). Терапия идентичности рассчитана на возможность наверстывающего развития гуманструктуры (см.) в результате повторения и исправления в группе. Гуманструктурная терапия всегда должна быть терапией идентичности, которая может быть осуществлена в процессе обмена социальной энергией в группах, поощряющих развитие идентичности. Понимание человеческого страдания на основе модели гуманструктуры позволяет избежать поверхностной работы с фасадом личности, то есть лишь с вторичными функциями Я, остающихся в конечном итоге неинтегрированными, что имеет место во многих формах терапии приспособления. Терапия идентичности постоянно решает вопрос, кем является человек в группе, кем он может быть и как он может жить с другими людьми.

Терапия средой (мильотерапия) (ДП). Переход от символического изображения жизненной ситуации в терапевтической группе к настоящему изменению актуальной жизненной ситуации в терапевтической среде, охватывающей жиз-

ненную ситуацию пациента как во времени, так и в пространстве. Жизненная и терапевтическая ситуация сливаются. Пациенты бессознательно повторяют свои групподинамические роли в первичной семейной группе и патологические формы реагирования. Поэтому мильотерапия представляет собой важный инструмент для того, чтобы понять и лечить пациентов с тяжелыми повреждениями Я. Мильотерапия представляет групподинамическое и социально-энергетическое поле, которое входит в общее поле амбулаторной или стационарной терапии с ее разнообразными возможностями вербальных форм (индивидуальная и групповая терапия) и, прежде всего, невербальных форм терапии (терапия танцем, музыкой, театром, верховой ездой, искусством и т. д.).

Универсальность. Фактор лечебного действия групповой психотерапии. Другие обозначения — «чувство общности» и «участие в группе». Универсальность означает, что проблемы пациента — универсальны, в той или иной степени они проявляются у всех людей, пациент не одинок в своих страданиях.

Феноменологический подход. Согласно феноменологическому подходу каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии, психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность — феноменологией. Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек — не арена для решения интрапсихических конфликтов, и не бихевиоральная глина, из которой, благодаря научению, лепится личность, а, как говорил Сартр, «человек — это его выборы». Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью делать свой выбор — как думать и как поступать.

Функциональная диагностика (ППБ). Диагностика, учитывающая патодинамические, психологические и социальные факторы. *Патодшшмический аспект* функционального диагноза отражает остроту болезненного процесса, его динамические характеристики, актуальность психопатологических переживаний и позволяет оценить их влияние на функционирование больного. *Психологический аспект* дает информацию о характере субъективной оценки больным своего состояния, наличии психологических трудностей и конфликтов, степени их осознания, адекватности ролевого поведения в реальном окружении, адекватности самооценки и уровня притязаний, наличии необходимых социальных навыков и др. *Социальный аспект* функционального диагноза содержит сведения о структуре взаимоотношений больного с его непосредственным социальным окружением, о влияниях, которым он подвергается (в частности в связи с болезнью и лечением) со стороны основных значимых микрогрупп — семьи (родительской, супружеской), производственного коллектива и др. Вся эта информация, прошедшая через призму синдромально-нозологической оценки, становится исходным критерием для определения необходимости психотерапии и выбора ее отдельных методов.

Функциональная тренировка поведения (ППБ). В отличие от приемов поведенческой психотерапии функциональная тренировка поведения (ФТП) не имеет целью непосредственное устранение психопатологических симптомов. Она

представляет собой курс упражнений, оптимизирующих поведение больного, испытывающего чувство неуверенности и страх перед общением, в трудных для него ситуациях взаимоотношений с людьми. Такая тренировка способствует повышению уровня самоутверждения, получению более правильного представления о своих способностях в общении с другими людьми и тем самым улучшению социального функционирования во внетерапевтической среде.

Функциональные группы (ППБ). Группы пациентов в отделениях реабилитации психически больных, составляющие основу лечебного коллектива, соответствуют первичному коллективу в определении А. С. Макаренко. Деятельность этих групп, подчиненная формированию у больных чувства взаимной ответственности и заинтересованности, определяется различными четко очерченными задачами самообслуживания и организации пребывания в стационаре.

Эго-психология. Эго-психологи (Анна Фрейд, Хартман, Клейн) в отличие от Фрейда рассматривали «эго» не просто как посредника в конфликтах между «ид», «суперэго» и средой, а как творческую, адаптивную силу. «Эго» ответственно за развитие языка, восприятие, внимание, планирование, обучение и другие психологические функции.

Эмпиризм сотрудничества (КТ). Эмпиризм сотрудничества заключается в том, что терапевт и пациент являются сотрудниками в исследовании фактов, которые подкрепляют или опровергают когниции пациента. Как при научном исследовании интерпретации или предположения рассматриваются как гипотезы, нуждающиеся в проверке.

Я (ДП). Под влиянием Я-психологии Аммон заменил топографическую модель инстанций «Я^Оно — Сверх-Я» Фрейда на концепцию гуманструктуры. Я представляет собой силу, нуждающуюся в развитии, также в трансперсональной сфере. Оно не имеет ничего общего с традиционными понятиями об эгоизме и себялюбии. Оно ставит человека в отношение и зависимость от групподинамического (социоэнергетического) поля в течение всей его жизни.

Я-отграничение (ДП). Одна из центральных гуманфункций. В ходе своего развития ребенок строит собственные границы Я. Это позволяет ему переживать сознание собственной идентичности. Конструктивное внутреннее отграничение обозначает восприятие и одобрение собственных фантазий, сновидений, страхов при способности отличать их от реальности. Деструктивное внутреннее Я-отграничение обозначает недостаточный подход к собственному бессознательному, недостаточную способность к сновидениям, бедность воображения и чувств. Дефицитное внутреннее Я-отграничение обозначает негибкое открытое отграничение, приводящее к затоплению содержаниями собственного бессознательного, мечтами и бесплодными размышлениями, к беззащитности перед властью чувств и, тем самым, к неадекватному воплощению чувств в реальность настоящего. Конструктивное внешнее Я-отграничение обеспечивает безопасность собственной личности от слияния или сверхидентификации. Оно обозначает отграничение Я от не-Я, собственных чувств от чувств других людей, и, тем самым, способность к регуляции отношений, конструктивное преодоление симбиотической проблематики и автономность собственных решений. Деструктивное внешнее Я-отграничение обозначает жесткое отграничение от других лиц и от окру-

жающей группы, контактный барьер, который препятствует настоящей вовлеченности и заинтересованному участию в других людях и событиях. Дефицитное внешнее Я-отграничение обозначает неспособность к регуляции близости и дистанции в отношениях с другими, с окружающим миром и событиями, неспособность различать Я и не-Я, сказать нет, оно означает застывание в симбиотических отношениях с другими людьми.

Я-структурный тест Аммона ИСТА (Ich-Struktur Test nachAmmon — ISTA). ИСТА создавался на основе гуманструктурной теории и клинического опыта и используется для гуманструктурной диагностики. С помощью отдельных значений шкал гуманфункций агрессии, страха, внешнего и внутреннего отграничения Я, нарциссизма и сексуальности в конструктивном, деструктивном и дефицитном выражениях он выявляет качество и структуру гуманфункций в бессознательной области личности. ИСТА представляет собой тест, вопросы которого ставят испытуемого в ситуацию, в которой манифестируется бессознательная структура Я в самооценке воображаемого поведения.

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Александров А. А., Исурина Г. Л., Карвасарский Б. Д. и др. Современные формы подготовки и усовершенствования врачей в области психотерапии. Методические рекомендации. — Л., 1990.

Александров А. А. Клинико-психологический анализ гештальт-терапии (в связи с использованием в лечении неврозов) // Обозр. психиат. и мед. психол. — 1991. - № 4. - С. 42-53.

Александров А. А., Бараш Б. А., Исурина Г. Л. и др. Личностно-ориентированная интегративная психотерапия. Методические рекомендации. — СПб., 1992.

Александров А. А. Интеграция принципов и методов гештальт-терапии в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии // Интегративные аспекты современной психотерапии. — Л., 1992. — С. 39-45.

Александров А. А. Клинические основы групповой психотерапии при неврозах. Автореферат дисс. д-ра мед. наук. — СПб., 1992.

Александров А. А. Проблемы интегративной психотерапии // Психология и психотерапия. - СПб., 2002. - С. 17-23.

Александров А. А. Патогенетическая психотерапия: современное состояние и перспективы//Психотерапия. — 2003. — № 1. — С. 8-12.

Аммон Г. Механизмы и лечение пограничного синдрома, основанные на динамической психиатрии. Научный доклад. — СПб., 1995.

Аммон Г. Динамическая психиатрия. — СПб., 1996.

Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб., 1998.

Бассин Ф. В. Проблема «бессознательного» (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). — М., 1968.

Беляев Г. С, Лобзин В. С, Копылова И. А. Психогигиеническая саморегуляция. - Л., 1997.

Брински Б. Гештальт-терапия. — СПб., 1996.

Вайзе Х., Воловик В. М. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. — М., 1980. — С. 152-206.

Вассерман Л. И., Журавель В. А. В. Н. Мясищев и медицинская психология // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб., 1994. - С. 12-25.

Воловик В. М., Вайзе Х., Днепровская С. В. Методы восстановительного лечения и реабилитации психически больных. — М., 1980. — С. 308-372

Воловик В. М., Вид В. Д., Днепровская С. В. и др. Групповая психотерапия психически больных. Методические рекомендации. — М., 1983.

Гингер С, Гингер А. Гештальт-терапия контакта. — СПб., 2001.

Гринсон Р. Практика и техника психоанализа. — Новочеркасск, 1994.

Днепровская С. В. Роль психотерапии в реабилитации больных с затяжными депрессиями // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. — Л., 1975. - С. 89-93.

Дюмулен Г. История дзэн-буддизма. Индия и Китай. — СПб., 1994.

Жидков С. Н. Российская йога. — Рига, 1991.

Зачепицкий Р. А. О патогенетической психотерапии при неврозах // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973. — С. 27-39.

Зачепицкий Р. А. Психологические аспекты психотерапии больных неврозами//Актуальные вопросы медицинской психологии. — Л., 1974. — С. 54-69.

Зачепицкий Р. А. Групповая и индивидуальная психотерапия при неврозах // Клинико-психологические исследования групповой психотерапии. — Л., 1979. - С. 64-70.

Зачепицкий Р. А. Симптоматические методы и патогенетическая система психотерапии и психокоррекции // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л., 1983. - С. 208-230.

Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Концепция отношений В. Н. Мясищева // Обозр. психиат. и мед. психол. - 1996, № 1, С. 14-23; 1996, № 2, с. 129-136; 1996, № 3, с. 5-12; 1996, № 3-4, с. 94-102.

Исурина Г. Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., 1983. — С. 231-255.

Исурина Г. Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений // Групповая психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. — М.: Медицина, 1990. — С. 89-120.

Исурина Г. Л. Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели // Интегративные аспекты современной психотерапии. — СПб., 1992. — С. 33-39.

Исурина Г. Л., Карвасарский Б. Д., Ташлыков В. А. и др. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В. Н. Мясищева на современном этапе // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — Л., 1994. - С. 100-109.

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных как социальная и клиническая проблема // Клинические организационные основы реабилитации психически больных. - М., 1980. - С. 50-80.

Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. — Л., 1985.

Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А. Групповая психотерапия при неврозах // Актуальные вопросы медицинской психологии. — Л., 1974. — С. 70-76.

Карвасарский Б. Д. Групповая психотерапия: значение и перспективы использования в комплексном лечении больных неврозами // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975. — С. 19-26.

Карвасарский Б. Д., Исурина Г. Л., Мелик-Парсаданов М. Ю. и др. Групповая психотерапия при неврозах. Методические рекомендации. — М., 1981.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. Руководство для врачей. — М., 1990.

Карвасарский Б. Д. Интегративные аспекты психотерапии: основные понятия и перспективы развития // Интегративные аспекты современной психотерапии. - Л., 1992. - С. 7-12.

Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / Под ред. М. М. Кабанова, К. Вайзе. - М., 1980.

Лаутпербах В. О возможности эмпирической проверки комплексных теорий о конфликтах, неврозах и их терапии на примере теории отношений В. Н. Мясищева // Транскультурные исследования в психотерапии. — Л., 1989. - С.43-54.

Лебединский М. С, Мясищев В. П. Введение в медицинскую психологию. — Л., 1966.

ЛичкоА. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1983.

ЛобзинВ. С, Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Л., 1986.

Макаров В. В. Психотерапия нового века. — М., 2001.

Морли Ст., Шефферд Дж., Спенс С. Методы когнитивной терапии в тренинге социальных навыков. — СПб., 1996.

Мурзеико В. А. Групповая психотерапия при неврозах // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. — Л., 1975. — С. 77—83.

Мясищев В. Н. О патогенезе и структуре невроза // Труды Всеукр. съезда психоневрологов. — Харьков, 1934. — С. 498-505.

Мясищев В. Н. О генетическом понимании психоневрозов // Советская невропсихиатрия. - Л., 1939. - № 2. - С. 112-140.

Мясищев В. Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека// Психологическая наука в СССР. — М., 1960. — С. 110-125.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.

Мясищев В. Н. Понятие личности и его значение для медицины // Методологические проблемы психоневрологии. — Л., 1966. — С. 25-55.

Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973. — С. 7-20.

Мясищев В. Н. Проблема личности в психологии и медицине // Актуальные вопросы медицинской психологии. — Л., 1974. — С. 5-25.

Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. — СПб., 2000.

Носачев Г. Н. Введение в психотерапию. — Самара, 1997.

Панов А. Г., Беляев Г. С, Лобзин В. С, Копылова И. А. Теория и практика аутогенной тренировки. — Л., 1980.

ПерлзФ. Опыты психологии самопознания. — М., 1993.

Петровский А. В. К разработке социально-психологического подхода к групповой психотерапии // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. — Л., 1975. - С. 7-11.

Петровский А. В., Туревский М. А. К вопросу о социально-психологических основах групповой психотерапии // Клинико-психологические исследования групповой психотерапии. — Л., 1979. — С. 9-18.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. - 1024 с.

Психотерапия: учебник (2-е изд.) / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. - 672 с.

Робер М.-А., Тильман Ф. Психология индивида и группы. — М., 1988.

Роджерс К. О групповой психотерапии. — М., 1993.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М., 1994.

Рудестам К. Групповая психотерапия. — М., 1990.

Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса. — М., 1995.

Соколов Э. В. Введение в психоанализ. — СПб., 1999.

Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. — Л., 1984.

Ташлыков В. А. Общие факторы психотерапии как одна из предпосылок интегративиой психотерапии // Интегративные аспекты современной психотерапии. - СПб., 1992. - С. 13-19.

Урсано Р., Зонненберг С, Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство. — СПб., 1992.

Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. — СПб.: Питер, 2002. - 352 с.

Фейдимен Дж., Фрейгер Р. Личность и личностный рост. — М., 1985.

Фрейд 3. Психология бессознательного (сборник произведений). — М., 1989.

Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. — М., 1993.

Шерешевский А. М. Жизненный и творческий путь В. Н. Мясищева // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — Л., 1994. — С. 5-11.

Эверли Дж., Розенфельд Р. Стресс: природа и лечение. — М., 1985.

Энрайтп Дж. Гештальт, ведущий к просветлению. — СПб., 1994.

Яковлева Е. К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. - Л., 1958.

Amman G. Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. — Muenchen, 1982.

Beck A. T., Weishaar M. E. Cognitive Therapy // Corsini R. J. Current psychotherapies (4th ed.). — Itasca, 111.: Peacock, 1989. - P. 285-320.

Bernstein D. A., Roy E. J., Srull Th. K., Wickens Ch. D. Psychology. - Houghton Mifflin Co, Boston, 1988.

Corsini R. J. Introduction. In: Current psychotherapies (4th ed.). — Itasca, 111.: Peacock, 1989. - P. 1-16.

Doyle Ch. L. Explorations in Psychology. — Brooks/Cole Pub. Co,Monterey, California, 1987.

Ellis A. Rational-Emotive Therapy // Corsini R. J. Current psychotherapies (4th ed.). - Itasca, 111.: Peacock, 1989. - P. 197-238.

Fagan G., Shepherd I. L. Gestalt therapy now. — New York: Harper a. Row, 1971.

Kratochvil S. Skupinova psychoterapie neuros. — Avicenum. Praha,1978.

Lauterbach W. Psychotherapie in der Sowjetunion. — Urban & Schwarzenberg. Munchen-Wien-Baltimore, 1978.

Mellibruda J. Teoria i praktyka terapii gestalt // Terapia grupowa w psychiatrii. - Warszawa, 1980. - S. 159-192.

Perls F. Gestalt therapy verbatim. — Lafayette, CA: Real Peaple Press, 1969.

Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch fur Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Georg Thieme. — Verlag Stuttgart-New York, 1996.

Tillet R. Gestalt therapy in theory and practice // Brit. J. Psychiat. — 1984. — P.231.

Wilson G. T. Behavior Therapy // Corsini R. J. Current psychotherapies (4th ed.). - Itasca, 111.: Peacock, 1989. - P. 241-282.